FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1888-89 N° 11

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LE

TRAITEMENT DE L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10 DÉCEMBRE 1888

PAR

François-Paul-Joseph-James ROUCHAUD

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX CIVILS,
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX,
MÉDECIN STAGIAIRE AU VAL-DE-GRACE.

Né à Saint-Privat-des-Prés (Dordogne), le 12 novembre 1863.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MORACHE,	professeur,	*président.*
MASSE,	professeur,	*juges.*
ARNOZAN,	agrégé,	
POUSSON,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17
1888

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549603_0081

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1888-89 N° 11

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LE

TRAITEMENT DE L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10 DÉCEMBRE 1888

PAR

François-Paul-Joseph-James ROUCHAUD

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX CIVILS,
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX,
MÉDECIN STAGIAIRE AU VAL-DE-GRACE.

Né à Saint-Privat-des-Prés (Dordogne), le 12 novembre 1863.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MORACHE,	professeur,	*président.*
MASSE,	professeur,	*juges.*
ARNOZAN,	agrégé,	
POUSSON,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1888

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DENUCÉ... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
MICÉ..... }

Clinique médicale	MM. PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	DE FLEURY.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	ORÉ.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER
Matière médicale	PERRENS.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS. DUBREUILH.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER. PIECHAUD. LAGRANGE. POUSSON. DENUCÉ.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. MM. PLANTEAU. FERRÉ. | Histoire naturelle..... M. NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Pharmacie	MM. CARLES.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. méd. des enfants.	MM. NÉGRIÉ.	Clin. des mal. vénér.	N.
Clin. chir. des enfants.	PIÉCHAUD	Clin. des mal. ment..	N.
Accouchements.....	LEFOUR, agr.	Chimie.....	M. CARLES, agr.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A MES PARENTS BIEN AIMÉS

A TOUS MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR MORACHE

Directeur du Service de santé du 18e Corps d'armée, Professeur de Médecine légale,
Officier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction publique,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

Hommage bien respectueux.

A mes Maîtres

MONSIEUR LE DOCTEUR BADAL

Professeur d'Ophtalmologie à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Internat 1888.

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. LANELONGUE

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine,
Chirurgien des Hôpitaux.

Externat 1884-85.

MONSIEUR LE DOCTEUR VERDALLE

Médecin des Hôpitaux.

Internat 1887-88.

MONSIEUR LE DOCTEUR POUSSON

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Chirurgien des Hôpitaux.

Internat provisoire (Hôpital des Enfants) **1887.**

MONSIEUR LE DOCTEUR F. LAGRANGE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Médecin major de 2e classe.

Témoignage de reconnaissance.

A mes Maîtres

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

AVANT-PROPOS

L'hypertrophie de la prostate a été l'objet d'un nombre considérable de travaux et l'on peut affirmer, je crois, que l'histoire de son évolution clinique est complète. La longue série des accidents que l'on observe chez les vieillards qui en sont atteints forme un tableau dont les détails ont été fouillés par de patients et judicieux observateurs, qui se sont attachés à en interpréter la pathogénie, afin d'en déduire de précieuses indications thérapeutiques. A l'aide de moyens purement médicaux et de bonnes précautions hygiéniques, on peut espérer combattre et prévenir les engorgements de la glande. De plus, grâce à l'appareil instrumental si perfectionné, depuis la sonde de J.-L. Petit jusqu'à la sonde bicoudée de Mercier et la sonde à béquille de Leroy d'Etiolles, il est permis, dans un grand nombre de cas, de franchir l'obstacle prostatique et de vider la vessie complètement, indication capitale, dont l'absolue nécessité se dégage au premier plan dans l'enseignement clinique de Sir Henry Thompson, en Angleterre, et de M. le professeur Guyon, en France. Mais ce ne sont là que des palliatifs, on pare pour un moment aux accidents dus à la rétention complète ou incomplète de l'urine, mais on ne supprime pas l'obstacle qui en est cause. Il demeure, apportant une gêne ou une impossibilité permanente ou temporaire et intermittente à l'émission de l'urine. Or, les connaissances actuelles sur les fermentations de l'urine, le rôle incontestable de l'urine altérée dans la pathogénie des cystites, doivent faire redouter ces

cathétérismes répétés qui, chaque fois qu'ils sont pratiqués, font courir les chances d'introduction dans le réservoir urinaire de ces microorganismes, agents innombrables et toujours menaçants de la fermentation. Il n'est pas besoin, croyons-nous, d'insister sur la gravité de la cystite des prostatiques, très grave par elle-même; elle ouvre la porte à une série de complications qui ne tardent pas à emporter le malade. Le cathéthérisme, dont on ne peut cependant se passer, crée à certaine période de la maladie et dans des cas déterminés un réel danger.

Si donc, par une opération radicale, on peut avec succès supprimer l'obstacle à l'émission complète de l'urine, n'est-ce pas faire accomplir un grand pas à la thérapeutique de l'hypertrophie de la prostate? De nombreux efforts ont été faits dans ce but.

Jusqu'ici nous avons supposé que le col vésical était franchissable et que l'obstacle prostatique cédait à chacune des attaques dirigées contre lui; mais que de fois cette victoire temporaire du chirurgien ne peut-elle pas même être obtenue ? En vain le praticien le plus habile use-t-il de toutes les ressources instrumentales, il ne peut entrer dans la vessie, et force lui est d'évacuer ce réservoir par la ponction sus-pubienne ! Ce piètre moyen de vider la vessie est bien fait pour inspirer au chirurgien le désir de rechercher et de trouver une voie plus physiologique au cours des urines.

Supprimer l'obstacle prostatique, et si l'on ne peut y parvenir, le rendre au moins inoffensif, voilà en deux mots le but fort légitime vers lequel doivent tendre tous les efforts du chirurgien. Ce problème posé depuis que l'on connaît l'anatomie pathologique de l'hypertrophie de la prostate a reçu des solutions bien diverses. Nombreux en effet sont les moyens vraiment chirurgicaux, qui ont été dirigés contre les angusties

prostatiques. Ce sont ces moyens que nous nous proposons de passer en revue, en montrant la légitimité et l'indication des uns, les dangers et l'inopportunité des autres. Voici d'ailleurs le plan que nous allons suivre : Dans le premier chapitre, nous ferons l'historique de l'intervention chirurgicale dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate. Le second chapitre sera consacré à l'étude des obstacles prostatiques à l'émission de l'urine, à la description succincte des symptômes et des complications auxquels ils donnent lieu, des différentes ressources dont nous disposons pour faire un diagnostic aussi complet que possible. Dans le troisième chapitre, nous passerons en revue les trois méthodes consacrées au traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate, en insistant tout particulièrement sur la taille hypogastrique, à laquelle nous proposons d'apporter une légère modification. Enfin dans notre quatrième et dernier chapitre, après avoir donné les principaux résultats obtenus par l'emploi de ces différentes méthodes, nous discuterons la valeur du traitement chirurgical appliqué à la prostate hypertrophiée, nous montrerons son utilité, les cas auxquels il convient et le meilleur moyen de l'exécuter. Nous terminerons en concluant, avec preuves à l'appui, à la supériorité de l'incision sus-pubienne et en en faisant la méthode de choix dans toutes les circonstances, où le chirurgien se proposera d'intervenir soit radicalement, soit dans un but palliatif.

Je ne me dissimule pas les difficultés de l'œuvre que j'entreprends, ni la responsabilité que je parais assumer, en posant ainsi des conclusions que mon expérience personnelle n'a pu sanctionner. Il semble, en effet, presque présomptueux, pour ne pas dire téméraire, de conseiller une intervention sanglante, qui date à peine d'hier et que quelques chirurgiens seulement ont osé pratiquer. Nous aurions certainement reculé devant une pareille entreprise, si nous n'avions pas été frappé de ses

réels avantages, si surtout, à défaut de notre expérience en pareille matière, nous n'avions pas eu celle de notre savant et bien sympathique maître, M. le professeur agrégé Pousson, qui n'a cessé dans cette circonstance, comme dans beaucoup d'autres, de nous prodiguer ses conseils et ses encouragements; qu'il nous soit permis de profiter de cette occasion pour lui témoigner toute notre reconnaissance.

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LE

TRAITEMENT DE L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La recherche des documents anciens sur le traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate est chose fort difficile; car le nom même de cette glande n'avait pas cours dans l'antiquité, et les ouvrages antérieurs au XVII[e] siècle ne le mentionnent point.

Cependant Lazare Rivière, en 1644, préconisa une intervention directe et hardie : *Quæ vero a caruncula fit urinæ suppressio carunculæ ipsius extirpatione curatur.* Vers la même époque, Fabrice d'Aquapendente inventa une algalie, en forme de cylindre creux, qui permettait d'introduire très loin dans l'urèthre une canule enduite de substance caustique. L'auteur avait pour but la destruction « de carnosités situées dans l'urèthre », probablement les barres prostatiques.

Il faut franchir les siècles qui suivent pour trouver quelques notions précises sur ce sujet. Il y a bientôt cent ans, que

Desault pratiquant la taille et rencontrant une tumeur pédiculée, qui flottait dans l'intérieur de l'organe, eut l'idée de l'arracher. « Un plein succès couronna cette hardiesse. » (Ce cas et quelques autres que nous citerons dans le courant de ce chapitre ne se rapportent point directement à la prostate, mais comme ils touchent de près le sujet de notre thèse et que plusieurs d'entre eux confirment les opinions que nous défendons, nous ne croyons pas faire un hors-d'œuvre, en les rapportant ici).

Fergusson, en 1849, après avoir incisé la prostate dans une opération de taille, cueillit, pour ainsi dire, trois petites masses fibreuses implantées sur le parenchyme glandulaire.

Bryant a publié dans le *Médical Times and gazette* du mois de février 1878 une observation analogue. Ces chirurgiens avaient donc fait bénéficier leur malade doublement de la cystotomie, par la suppression simultanée de la pierre et de la tumeur prostatique ; mais il ne serait venu, avant ces dernières années, à la pensée de personne d'ouvrir la vessie uniquement pour traiter l'hypertrophie de la prostate. Cependant le désir d'agir sur cet obstacle au cours de l'urine était bien grand. La connaissance de la barre au col de la vessie et de ses conséquences pathologiques avait suggéré à Guthrie, en Angleterre, l'idée d'en faire la section à la façon des rétrécissements de l'urèthre. En France, Leroy d'Etiolles, Mercier et Civiale inventèrent des instruments très ingénieux, destinés à sectionner, déchirer, broyer ou détruire par la ligature l'obstacle prostatique. La manœuvre délicate de ces instruments ne donnèrent guère que des résultats douteux. Thompson jugeant la valeur de leur emploi, dit dans son traité pratique des maladies des voies urinaires : « Je n'ai jamais pratiqué cette opération et je ne me sens porté à en recommander l'adoption dans aucune circonstance ».

Quelques chirurgiens ont perforé avec de fortes sondes métalliques la prostate hypertrophiée. Ils créaient ainsi de fausses routes à travers la glande. D'après Chopart, cette opération, véritable cathétérisme forcé, a été pratiquée autrefois par Lafaye sur la personne d'Astruc ; dans les temps plus modernes, elle l'a été en Angleterre par Home et B. Brodie (1849), Liston l'a exécutée avec un mandrin aiguisé « porté dans une longue canule à grande courbure ». Ce procédé barbare, dit Thompson dans son traité des maladies de la prostate, n'est plus maintenant qu'un sujet d'histoire.

A côté de ces moyens de destruction de l'obstacle au col vésical, nous devons citer l'électrolyse préconisée surtout par le professeur Enrico Bottini et adoptée depuis par certains chirurgiens, tels que Tripier, Newman, Misati et Biédert. Tout récemment le Dr Roux, de Genève, a cité à la Société Vaudoise de médecine (5 mai 1888) 6 cas d'hypertrophie de la prostate, traités avec avantage par l'électrolyse.

Jusqu'alors nous remarquons que les partisans d'une intervention chirurgicale dans l'hypertrophie prostatique sont peu hardis. Ils n'osent suivre, pour arriver sur la glande, d'autre voie que celle du canal de l'urèthre. De nos jours, la thérapeutique purement chirurgicale pour ne pas dire radicale des voies urinaires est entrée dans une phase nouvelle. On ne se contente plus de limiter la méthode sanglante à l'urèthre, on l'étend aux reins, à la vessie.

Il semblait cependant que la lithotritie, avec ses précieuses modifications modernes, dût rendre absolument rare la cystotomie. Ce que cette dernière opération, appliquée à l'extraction des calculs a perdu, elle paraît devoir le gagner par son emploi à l'ablation des tumeurs du corps et du col de la vessie. Ce sont surtout les chirurgiens américains et anglais, qui se sont mis à la tête du mouvement. Non seulement ils ouvrent la vessie

pour pratiquer l'exérèse d'une tumeur soit vésicale, soit prostatique, dont la nature, le volume, le mode d'implantation ont été reconnus, mais proposent encore de diviser la vessie dans le but d'explorer sa cavité.

Billroth, le 15 juin 1875, enleva sur un jeune enfant un myome de la paroi vésicale. Il fit d'abord une incision au périnée, puis l'extraction étant impossible par cette voie, il se décida à faire l'incision sus-pubienne, l'enfant guérit. L'année suivante, un autre chirurgien éminent combina également les deux incisions périnéale et sus-pubienne pour un sarcome chez un homme de 54 ans. L'opéré mourut de péritonite, le troisième jour.

Kocher, en décembre 1876, fit l'ablation d'un cancer fongueux de la vessie, donnant lieu à des douleurs très violentes et à d'abondantes hémorragies. Quinze mois après, la guérison se maintenait encore.

Au mois de juin 1879, Robert Hudson publie dans *The Dublin journal of medical sciences,* une étude sur le traitement chirurgical des fibromes papillaires (Villous Deseases) de la vessie, dans laquelle il préconise la cystotomie. En 1881, Alexander W. Stein, chirurgien américain, dans une monographie fort complète éditée à New-York, fait ressortir l'utilité de la cystotomie. Sans être partisan absolu de l'incision sus-pubienne, il admet cependant que, par « le haut appareil, les parties sont mieux exposées à la vue, avantage qui, dans certains cas difficiles, prime toutes les autres considérations ».

Davies Colley, au mois de décembre 1880, enleva par une incision périnéale une tumeur villeuse, très vasculaire chez un homme de 32 ans. Deux mois après l'opération, le malade allait très bien et les hémorragies, qui l'épuisaient auparavant avaient disparu.

En 1882, Ashurst, de Philadelphie, taillant un homme de

61 ans pour extraire un fragment de sonde brisée dans la vessie, en profita pour enlever le lobe moyen de la prostate, saillant et obturant presque complètement l'orifice de l'urèthre. Malgré une hémorragie qui nécessita le tamponnement de la plaie, le malade guérit.

Au commencement de l'année 1883, Sir Henry Thompson, autrefois l'adversaire des opérations de Mercier et Leroy d'Etiolles, communique à the royal medical and chirurgical Society de Londres, un travail très important dans lequel il propose d'ouvrir l'urèthre dans sa portion membraneuse et de dilater le col vésical, pour explorer et enlever les tumeurs du réservoir urinaire.

Dans la cinquième édition de son livre sur « les maladies de la prostate, leur pathogénie et leur traitement », le même auteur a ajouté un chapitre important relatif aux opérations dirigées contre l'hypertrophie de la prostate.

Dans le cas de vessie irritable et contractée, réclamant l'usage répété du cathétérisme, il conseille d'ouvrir la vessie, soit par l'hypogastre, soit par le périnée. Il donne la préférence à cette dernière opération. Enfin, à la même société chirurgicale et médicale de Londres, cet éminent praticien présente un tableau de douze cas d'ablations de tumeurs de la vessie, dont sept se sont terminés par la guérison et cinq par la mort.

Witehead et Pollard, de Manchester, relatent dans *The Lancet* (6, 13, 20 octobre 1883), six nouvelles cystotomies faites par eux, suivant le procédé de Thompson.

En France, M. Pierre Bazy ayant eu, au mois de décembre 1882, l'occasion de tenter l'exérèse d'une tumeur vésicale chez un homme de 47 ans, sujet à des hématuries abondantes et à des douleurs intolérables, fit de cette opération le point de départ d'un travail fort intéressant, qu'il lut à la Société de Chirurgie, dans la séance du 13 juin 1883. Onze cas y sont

relatés. Ce travail a été l'objet d'un rapport très remarquable de M. Ch. Monod (séance du 25 juillet 1883). Le rapporteur accepte les principales conclusions de M. Bazy, qui sont : 1° l'ablation des tumeurs facilement extirpables ; 2° la création d'une fistule simplement hypogastrique, dans le cas de tumeurs inopérables et dans le but de combattre les symptômes douloureux ; 3° la préférence de la voie suspubienne à la voie périnéale. A dater de cette époque, les ouvertures de la vessie, soit par l'hypogastre, soit par le périnée se multiplient. Notre sympathique maître, le professeur agrégé Pousson, dans sa remarquable thèse inaugurale *(De l'intervention chirurgicale dans le traitement et le diagnostic des tumeurs de la vessie*, Paris, 1884), cite encore de nombreuses exérèses de néoplasmes vésicaux, pratiquées la plupart avec succès, par H. Thompson, en Angleterre et M. le professeur Guyon en France. Tandis que le premier pénètre dans la vessie par le périnée, le second emploie presque exclusivement la taille hypogastrique. A ces observations, le docteur Pousson vient d'ajouter, dans un petit travail plus récent, vingt-neuf faits nouveaux, donnant vingt guérisons et neuf morts.

L'habile chirurgien de Necker, dans ses leçons cliniques sur les prostatiques, parlant du traitement radical de l'hypertrophie de la prostate, se « déclare prêt à intervenir chirurgicalement et de préférence par la voie hypogastrique, dès qu'une occasion favorable se présentera ».

De cet historique sommaire de l'intervention chirurgicale, surtout dans le traitement des tumeurs de la vessie, il se dégage une seule donnée, c'est que l'opération en elle-même n'est pas grave. Si des malades porteurs depuis un temps plus ou moins long d'affections douloureuses, donnant lieu à des hématuries abondantes, ont pu résister aux manœuvres de la taille, suivies d'extirpations de tumeurs de la vessie, il est per-

mis de penser que les prostatiques ou plus correctement les sujets ayant une hypertrophie de la prostate, se présentant dans des conditions pathologiques spéciales que nous décrirons dans un chapitre suivant, aient des chances de supporter l'ouverture de la vessie et l'exérèse de l'obstacle prostatique.

D'ailleurs l'expérience a été faite et les succès obtenus par les chirurgiens qui ont tenté cette résection de la prostate ou sa division confirment notre opinion.

En effet, en outre le cas du professeur Ashurst, que nous avons déjà cité, nous devons signaler une prostatectomie faite avec succès par le docteur Biekersteth, relatée par Harrison à *The bristih medical,* Association de Liverpool (juillet-août 1883).

Swinford (Edwards), de Londres, a également enlevé avec un plein succès le lobe moyen de la prostate hypertrophiée (*The Lancet,* 11 juillet 1885, page 57).

Billroth a communiqué à la Société império-royale de Vienne (février 1885) l'observation d'un homme de 60 ans, chez lequel il fit la cystotomie, d'après la méthode latérale et trouva le lobe moyen de la prostate, émettant un petit prolongement dans la vessie. L'auteur pratiqua la taille hypogastrique et enleva ce prolongement. Le malade guérit.

A la huitième session du Congrès international des sciences médicales, tenu à Copenhague, en 1884, Harrison, de Liverpool, recommande, dans certains cas d'hypertrophie de la prostate, la section de cette glande. Il décrit son procédé, qui consiste à atteindre la glande par la voie périnéale.

J.-W. Gouley, de New-York, à la Société chirurgicale, mois d'avril 1885, parle d'un ouvrage : *Some points in the surgery of the hypertrophied prostate,* dans lequel il traite, entre autres choses, de la prostatectomie et de la prostatotomie, leur indication et leur contre-indication. Il décrit à la même séance une

opération dont il réclame la paternité et qui consiste a aller chercher la prostate par une incision faite au périnée. Il termine en signalant les succès qu'elle lui a donnés.

Dans la même année, le docteur Dittel (de Vienne), après avoir fait chez un prostatique une ponction sus-pubienne, pratique la taille hypogastrique et enlève avec une chaîne d'écraseur le lobe médian de la prostate.

Schmid (*Centralblatt fur chirurgie*, 1887, n° 50, page 940), fait deux opérations du même genre avec le galvano-cautère. Enfin tout récemment, dans la séance du 11 novembre 1887, M. Mac Gill décrit, à la Société clinique de Londres, trois cas dans lesquels il a ouvert la vessie par l'hypogastre et enlevé avec des ciseaux une portion de la prostate hypertrophiée. Un succès complet est venu couronner la tentative de cet habile opérateur.

Nous terminerons enfin cet exposé en enregistrant les résultats heureux, presque au-dessus de toute espérance, que le Dr Mac Guire a obtenus chez de vieux prostatiques, auxquels il a fait subir le cystotomie sus-pubienne. (Congrès américain tenu à Washington les 18, 19, 20 septembre 1888).

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — SYMPTOMES. — DIAGNOSTIC DE L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE.

A. — **Anatomie pathologique**

La forme de l'orifice par lequel l'urèthre s'abouche dans la vessie varie suivant les âges dans le sexe masculin. Chez l'enfant et l'homme adulte, le méat uréthro-vésical, situé à l'angle antérieur du triangle de Lieutaud, a une forme circulaire en entonnoir, évasé du côté de la cavité vésicale, se terminant en pointe du côté de l'urèthre prostatique. Au fur et à mesure que l'individu avance en âge, on voit s'élever la moitié inférieure de la circonférence de cet orifice, qui, de circulaire, revêt d'abord la forme d'une porte de four, puis bientôt celle d'un croissant à concavité inférieure. En même temps que cette modification se forme, on remarque que le bas-fond de la vessie s'est déprimé et quelquefois même l'orifice uréthro-vésical, dont la lèvre inférieure est rejetée en dedans, surplombe le bas-fond. Ces modifications sont physiologiques, elles sont dues à l'épaississement et au développement des tissus qui forment le col de la vessie, particulièrement de celui de la prostate qui, enclavée dans sa loge, se développe vers le point qui lui offre le moins de résistance. Ces changements de forme du méat interne peuvent en rester là. Il en est ainsi chez un grand nombre d'hommes âgés; mais, chez d'autres, on voit les déformations les plus irrégulières se produire au col vésical

entraînant à leur suite des modifications importantes du côté de l'urèthre prostatique et du bas-fond de la vessie. Ce sont ces modifications qu'il importe de bien connaître, avant de tenter contre elles tout acte chirurgical. Après avoir lu dans les ouvrages d'Everard Home, de Howship, Guthrie et de Mercier, la description de nombreuses pièces relatives à l'hypertrophie de la prostate, après avoir écouté les détails que notre maître, le professeur Pousson, a bien voulu nous donner au sujet de trente-et-une pièces du même genre qu'il a attentivement examinées, voici ce que nous avons cru pouvoir conclure : l'hypertrophie de la prostate est totale, c'est-à-dire qu'elle porte sur tout l'organe, ou bien elle est partielle, intéressant seulement un des lobes latéraux, ou bien cette portion, comprise entre les deux conduits éjaculateurs et improprement nommée lobe médian sur une prostate saine, puisqu'alors cette partie ne se détache pas du reste de la glande.

a). *Hypertrophie totale de la prostate.*

L'hypertrophie totale assez rare est remarquable, en ce sens qu'elle n'entraîne pour ainsi dire presque pas de déformations de l'urèthre; quelquefois même ce dernier se trouve agrandi, dilaté par le fait de l'hypertrophie.

Ce premier type d'hypertrophie prostatique pourrait être appelé hypertrophie symétrique et régulière.

b). *Hypertrophie des lobes latéraux.*

Dans un deuxième genre, on observe le développement anormal d'un des lobes latéraux, l'autre conservant ses dimensions ordinaires ou étant très peu augmenté de volume. L'urèthre, comme dans le cas précédent, peut conserver ses dimensions

physiologiques, mais il est forcément dévié dans sa direction et forme une convexité tournée du côté du lobe demeuré sain ou le moins hypertrophié. Nous désignerons ce second genre sous le nom d'hypertrophie unilatérale ou asymétrique ; on comprend que dans ces deux premiers types, le méat uréthro-vésical ait conservé son aspect et ses dimensions ordinaires. Cependant parfois les lobes latéraux, se développant du côté du bas-fond de la vessie, font saillie dans ce réservoir et élèvent l'embouchure de l'urèthre sans l'oblitérer. D'autres fois aussi, les lobes latéraux se soudent entre eux et forment une sorte de commissure, qui divise l'urèthre en deux étages, disposition que l'on a pris quelquefois pour une fausse route. Ces modifications sont rares, curieuses et n'entraînent aucune complication, la sonde parvenant toujours dans la vessie, alors même que la congestion de la glande aurait amené la rétention d'urine par le mécanisme bien connu.

c). *Hypertrophie du lobe moyen.*

Dans un troisième genre d'hypertrophie de la prostate, nous étudierons le développement du lobe médian. C'est de beaucoup le plus fréquent et celui qui oppose le plus de difficulté à l'entrée de la sonde dans la vessie. Il comprend lui-même plusieurs variétés dues à la forme, à la direction, aux dimensions du relief de ce lobe. Signalée pas Morgagni, au dire de Jarjavay, cette petite portion de la prostate, placée entre les conduits éjaculateurs, en arrière du verumontanum et en dedans de l'extrémité de chacun des lobes latéraux, se développerait pathologiquement, d'après Everard Honie, dans un très grand nombre de cas. Or comme elle se trouve exactement placée au point où la vessie et l'urèthre se continuent, il en résulte un obstacle, qui tend de plus en plus à s'élever entre le réservoir

urinaire et son canal excréteur. Parfois il n'existe que deux sortes de petits tubercules, qui festonnent la lèvre inférieure du col vésical et qui sont probablement dus au développement simultané de ces deux petits lobules, qui, d'après Cruveilher, constituent la portion de la glande située entre les canaux éjaculateurs. De chaque côté d'eux existent des gouttières, qui permettent le libre cours à l'urine. Peu de modification du canal prostatique et du bas-fond vésical dans cette première variété de l'hypertrophie du lobe médian.

Dans une seconde variété, il y a une sorte de bride à coupe triangulaire, à base inférieure adhérente, à sommet supérieur libre, étendu entre les deux lobes latéraux. Elle rappelle la valvule de Mercier, mais elle est bien constituée par le tissu de la prostate, de plus elle n'a jamais la régularité de cette valvule que nous savons très rare. Presque toujours il existe sur son bord supérieur de petites incisures, qui en indiquent l'origine. La troisième variété pourrait n'être considérée que comme une exagération de la première. Elle est formée de petites saillies, qui constituent de véritables tumeurs flottantes à l'entrée du méat uréthro-vésical. Elles se développent surtout du côté de la cavité vésicale et surplombent son bas-fond ; mais on comprend que, vu leur mobilité, elles peuvent venir s'appliquer sur l'orifice de l'urèthre et intercepter toute communication dans le sens du cours physiologique de l'urine, tandis qu'elles se laissent assez facilement déprimer par le cathéter.

En général les trois variétés d'hypertrophie du lobe médian que nous venons de décrire n'opposent que des obstacles passagers à la sortie de l'urine, et presque toujours le cathétérisme est possible. Mais il nous reste maintenant à décrire deux genres de tuméfactions qui, considérables, allongent et incurvent le canal prostatique, au point de le fermer au passage des

instruments les plus divers et les mieux perfectionnés. Ces tumeurs, les plus fréquentes de toutes, sont pédiculées ou sessiles. Elle sont plus remarquables par la déviation qu'elles déterminent du côté de l'urèthre que par leur figure même ; cependant au point de vue qui nous occupe ici, c'est-à-dire au point de vue de l'intervention, leur distinction est importante. Les tumeurs pédiculées ont la forme d'une petite cerise ou même d'une poire en miniature, s'implantant par un pédicule mince sur la lèvre inférieure du col, en arrière du verumontanum, auquel elles sont parfois rattachées à l'aide des replis de la muqueuse. Elles flottent du côté de la vessie, viennent s'appliquer sur l'orifice du col qu'elles obturent rarement d'une façon complète, grâce à l'existence des petites gouttières situées de chaque côté du pédicule ; parfois même ces tumeurs, chassées par l'urine et par les contractions d'une vessie irritable, sont venues s'enclaver dans le col, le dilater à la façon d'un coin et ont déterminé de l'incontinence d'urine.

Le canal de l'urèthre, dans sa région prostatique, est dévié dans le sens vertical; du fait de ce genre d'hypertrophie, il forme un coude, mais peu prononcé et les gouttières latérales suffisent à laisser passer une sonde flexible dans la cavité de la vessie.

Les tumeurs prostatiques non pédiculées sont de beaucoup les plus fréquentes. On les a comparées à des saillies en croupion de poulet, déviées soit du côté de la vessie, soit du côté de l'urèthre.

Modérément développées, elles présentent sur leur portion médiane et sur leurs bords les vestiges de l'urèthre, ordinairement plus accusés du côté où la sonde passait habituellement pendant la vie, mais qui donnent à l'abouchement de l'urèthre dans la vessie la forme trifurquée. Ces vestiges de l'urèthre n'existent pas toujours et une barrière s'élève entre la vessie

et l'urèthre, ne présentant plus aucune voie détournée à la sortie des urines. Le lobe hypertrophié forme dans ces cas une véritable muraille épaisse de un à deux centimètres et haute de 3 à 4 centimètres, au niveau du col de la vessie. Ici plus de gouttières latérales conduisant dans la vessie. L'urèthre et la vessie ne communiquent plus ensemble et c'est en vain qu'on essaierait de tourner l'obstacle, même avec des sondes coudées ou bicoudées. Car du fait de la partie de la prostate hypertrophiée, l'urèthre est coudé brusquement à angle droit et il est facile de comprendre comment les instruments, qui peuvent suivre une pente douce les conduisant dans la vessie lorsque l'obstacle se trouve taillé obliquement, sont brusquement arrêtés et relevés du côté de la lèvre supérieure. Ils buttent au pied de la muraille prostatique, peuvent en paroourir la hauteur en partie ou en totalité; mais il leur est impossible d'arriver sur le faîte et de descendre sur le versant opposé.

La déviation à coude brusque de l'urèthre dans le sens vertical nous paraît être un obstacle infranchissable, mettant en défaut les instruments les plus ingénieux, et la seule ressource qu'on ait d'y remédier consiste, croyons-nous, dans la destruction à ciel ouvert de cette barrière.

d). *Altérations secondaires dans l'hypertrophie de la prostate.*

Connaissant la forme et l'aspect de l'obstacle à la sortie de l'urine dans l'hypertrophie de la prostate, sachant que certaines déformations sont non-seulement rebelles à tout traitement palliatif par l'usage des sondes, mais même ne permettent pas l'introduction de ces instruments dans la vessie, il nous reste, avant d'entreprendre contre elles un traitement chirurgical, à signaler rapidement les altérations secondaires de l'hypertrophie de la prostate.

Sans doute, dans les premiers temps de la maladie, les fibres musculaires de la vessie, soumises à une suractivité fonctionnelle anormale, s'hypertrophient pour réagir contre l'obstacle prostatique; mais bientôt la lutte devient inégale, le processus scléreux prend le dessus et étouffe deci delà les fibres musculaires. Ces derniers n'ont plus alors la force nécessaire pour chasser l'urine. L'inertie de la vessie domine la scène. A ce moment, on comprend aisément combien il serait inutile, sinon dangereux, d'intervenir; car la suppression de la barrière prostatique ne rendrait point à la vessie la force d'expulsion qu'elle a perdue.

Sous l'influence des troubles de la miction et surtout de la rétention longtemps prolongée, les voies d'excrétion, calices, bassinets, urétères augmentent de calibre. Leur parois s'épaississent et le microscope nous les montre avec le temps envahies par la sclérose.

Les reins ne sont point épargnés. En général, ils s'atrophient sous l'influence de la néphrite interstitielle. Cependant, il faut bien le dire, les tubes urinifères résistent assez longtemps pour permettre au prostatique de jouir d'une santé assez longue mais, il est vrai, purement apparente; car avec les lésions multiples que nous venons de constater, il suffit d'une légère poussée congestive ou inflammatoire pour détruire cet équilibre instable et aggraver considérablement la situation.

La connaissance de ces complications a bien son importance au point de vue thérapeutique, qui nous occupe. Lorsqu'en effet, l'appareil rénal est très profondément altéré, on doit s'abstenir de toute intervention chirurgicale. Agir autrement serait vouloir déterminer à bref délai le dénouement fatal.

Telles sont les altérations anatomiques déterminées par l'hypertrophie de la prostate. Comment les reconnaître? Pour répondre avec avantage à cette question, pour faire le diag-

nostic des lésions, de la nature de la maladie, de la période à laquelle elle est arrivée, il est indispensable de faire succinctement l'étude clinique de l'hypertrophie prostatique.

B. — **Symptomatologie.**

L'étude clinique des prostatiques peut être divisée en trois périodes :

1° Période prémonitoire; 2° période confirmée ou d'état; 3° période d'incontinence.

a). *Première période ou période prémonitoire.*

La période prémonitoire, qui peut durer fort longtemps et constituer chez certains individus toute la maladie, est caractérisée par des phénomènes congestifs. Fréquence du besoin d'uriner, surtout nocturne, érections intenses et n'ayant rien de génésique, mictions difficiles, lentes à se produire, malgré les efforts du patient, diminution dans la force de projection du jet, tels sont, simplement énumérés, les principaux symptômes de cette période que tout le monde connaît. Nous n'insisterons pas davantage sur leur description, car il nous suffit de savoir qu'ils existent et que la congestion seule est la cause de leur production, pour ne pas être tenté d'intervenir chirurgicalement.

Sans doute, l'obstacle prostatique existe à cette époque, mais le rôle qu'il joue est ici bien secondaire. Ce qui le prouve, c'est que les circonstances qui exagèrent les troubles de cette période sont autant de causes de congestion et n'agissent qu'à ce titre. J'ai nommé les professions sédentaires, la constipation, les excès vénériens et alcooliques, les refroidissements, enfin la rétention prolongée de l'urine.

Considérons encore les personnes atteintes de rétrécissements uréthraux considérables ou d'abcès volumineux de la prostate, obstacles puissants à l'émission de l'urine; nous voyons que chez elles le tableau symptomatique est bien différent et ne se trouve point, comme chez les prostatiques, à la première période, assombri par les causes de congestion citées plus haut.

Dans de telles conditions, toute tentative chirurgicale doit être écartée. A quoi serviraient en effet, à ce moment-là, un cathétérisme forcé, une cystotomie sus-pubienne ou périnéale, une exérèse d'une portion de la prostate pour faire cesser la rétention permanente qui n'existe pas, ou vaincre un obstacle qui n'est presque pour rien dans les troubles de la miction.

b). *Seconde période ou période d'état.*

Tout autre est le tableau de la seconde période. Car ici, aux troubles congestifs qui persistent, viennent s'ajouter des phénomènes d'ordre essentiellement mécanique. L'obstacle devient en partie la cause de tout le mal. C'est en effet de lui que relève la rétention d'urine, qui est le symptôme dominant et caractéristique de cette période d'état. Telle est, du moins, l'opinion de Mercier, de Thompson et de la plupart des chirurgiens. L'observation des faits confirme d'ailleurs cette manière de voir et renverse la théorie de Civiale, qui faisait jouer à l'inertie de la vessie le rôle principal et rendait dès lors inutile toute intervention chirurgicale.

Cette rétention peut être complète ou incomplète. Dans le premier cas, elle est tantôt aiguë, tantôt chronique. Dans le second cas, la forme chronique avec ou sans distention vésicale existe seule.

Sans nous perdre dans de longues dissertations sur les trou-

bles fonctionnels du prostatique atteint de rétention complète, sans insister sur les efforts incessants auxquels il se livre vainement, ni sur les douleurs qu'il endure, nous devons faire remarquer que la situation est terrible et que seule, à ce moment, une sage intervention chirurgicale peut l'améliorer et faire disparaître, sinon empêcher, ces complications terribles, cystite, néphrite, hématurie, urémie qui détermineraient à bref délai un dénouement fatal, si on laissait la maladie suivre son cours. Il faut donc à tout prix vaincre l'obstacle et permettre à l'urine, avec tous les déchets nuisibles qu'elle renferme, de s'éliminer au dehors.

Sans doute et fort heureusement un cathétérisme habile et parfaitement antiseptique constitue dans la plupart des cas le remède souverain de cette période; mais à toute règle il y a une exception, et les cas ne sont pas très rares dans lesquels les chirurgiens les plus habiles ne peuvent avec les cathéters les mieux perfectionnés doubler le cap et triompher de l'obstacle prostatique; c'est alors le moment d'avoir recours au traitement radical, c'est-à-dire à celui qui, seul, fera disparaître à tout jamais cette barrière que le cathétérisme n'a pu franchir.

c). *Troisième période ou période d'incontinence.*

A la rétention d'urine succède un phénomène de mauvais augure, car il indique une aggravation considérable de la maladie, je veux parler de cette incontinence vraie qui caractérise la dernière période de l'hypertrophie de la prostate.

D'abord nocturne, ce symptôme se produit bientôt pendant le jour. La vessie qui tout d'abord avait lutté avec avantage, est vaincue, ses parois frappées d'inertie ne peuvent résister à la pression de l'urine et se laissent distendre. Les uretères, les bassinets subissent le même sort. Alors l'urine, remplissant la

vessie outre mesure, s'écoule par l'urèthre, mais en petite quantité et surtout à l'insu du malade. On dit alors que le prostatique urine par regorgement.

Frappés par cette infirmité, en proie à des troubles digestifs opiniâtres et à des phénomènes fébriles souvent intenses, les malades se décident à consulter le médecin. La plupart du temps il est trop tard pour intervenir et toute tentative opératoire ne pourrait avoir d'autre résultat que celui de précipiter les événements et retrancher en un instant au malheureux prostatique les quelques jours qu'il avait encore à vivre. Tel est le sombre pronostic réservé à cette phase ultime de la troisième période. Il suffit de le connaître pour avoir à cœur de le rendre moins triste. Aussi, dès que l'on soupçonne le passage à bref délai de la période de rétention à celle d'incontinence, on doit avertir le malade du danger qui le menace et avoir recours, si toutefois le cathétérisme est devenu dangereux ou impossible, à l'intervention radicale.

c). *Diagnostic.*

Ces quelques données cliniques nous démontrent combien il est important de savoir à quelle période en est arrivée la maladie, s'il existe des complications et quelle est leur nature. Il est tout aussi important, sinon davantage, surtout pour nous qui croyons utile dans certains cas l'intervention radicale, de connaître la forme, la constitution de l'obstacle prostatique, l'état général du malade et celui des autres parties de l'appareil urinaire. Aussi, pour agir sûrement et en temps opportun, il est indispensable de posséder à fond notre diagnostic.

La connaissance des faits cliniques que nous avons relatés précédemment et leur interprétation intelligente nous permettent d'établir le diagnostic de l'état prostatique et de ses diffé-

rentes périodes, mais ce n'est là qu'une partie de notre desideratum. A côté de ce diagnostic symptomatique existe le diagnostic anatomique. Pour arriver à ce dernier, plusieurs moyens sont à notre disposition.

a). *Toucher rectal.*

D'abord le toucher rectal : Ce procédé presque toujours inoffensif nous donne des indications précises sur le développement en arrière de la prostate hypertrophiée. C'est déjà un précieux renseignement d'acquis. Trouvons-nous en effet la glande très proéminante du côté du rectum, nous sommes presque en droit de supposer qu'il en est ainsi du côté de l'urèthre et de la vessie. Mais cette déduction est assez rarement juste; il arrive en effet souvent qu'une prostate volumineuse en arrière ne fasse aucune saillie en avant et laisse absolument libre le cours des urines. On voit par contre se produire des phénomènes de rétention chez des prostatiques dont la glande ne présente aucune déformation du côté du rectum.

Ce procédé n'est donc pas toujours infaillible. Il donne des renseignements beaucoup plus précis, lorsqu'il s'agit de faire un diagnostic différentiel entre l'hypertrophie de la prostate et le carcinome de cet organe. Avons-nous par le toucher rectal la sensation bien nette de bosselures très dures, fort irrégulières et jointes à des douleurs sciatiques, nous sommes presqu'en droit d'éliminer l'hypertrophie de la prostate pour ne songer qu'à une tumeur carcinomateuse.

b). *Cathétérisme explorateur.*

Vient un second moyen : le cathétérisme. Beaucoup plus précieux que le toucher rectal, il est moins inoffensif que lui. En effet, ce mode d'exploration des voies uréthro-vésicales peut déterminer la production ou l'aggravation de complications redoutables, telles que la cystite purulente, parfois mortelle, et des hématuries terribles, dont les plus habiles chirurgiens n'ont pu souvent se rendre maîtres. Citons à ce propos les observations de Cruveilher, Leudet, Rendu et Langlebert.

De plus, les renseignements que le cathétérisme nous fournit sont loin d'être infaillibles. De nombreuses autopsies et d'habiles opérations faites, tant en Angleterre qu'en France, par Sir Thompson et le professeur Guyon, nous en donnent la preuve. Enfin il peut arriver qu'un organe puissant siégeant soit dans l'urètre, soit au niveau du col vésical, ou encore qu'une vessie très irritable rendent impossible l'emploi de tout explorateur.

Il est vrai qu'à côté de ces inconvénients le cathétérisme explorateur offre des avantages sérieux et bien capables de le réhabiliter. Exécuté par une main prudente et exercée, en dehors de toute période inflammatoire ou hémorragique, chez des individus reposés et dont le canal est relativement perméable, ce moyen devient la source de renseignements très précis sur le siège de l'obstacle prostatique, sa conformation, son étendue; notions qui, comme nous l'avons dit plus haut, sont indispensables pour tenter toute intervention chirurgicale.

Mais voyons plutôt, et rendons-nous compte de la longueur et des déformations de l'urèthre prostatique. Poussant avec lenteur l'explorateur à boule olivaire dans l'urèthre, il arrive un moment où, avec un peu de pratique, on sent que l'on a

franchi la région membraneuse. C'est donc la région prostatique que l'on va maintenant explorer. Puis poussant toujours, on a une sensation de liberté complète. Nous sommes alors dans la vessie. La distance de ce dernier point, noté sur la tige, à celui qui correspond à la fin de la portion membraneuse représente la longueur de la région prostatique.

Au moment de pénétrer dans la vessie l'explorateur est-il arrêté brusquement, on a tout lieu de supposer que l'obstacle est constitué par l'hypertrophie du lobe médian de la prostate. Le relief prostatique est-il unilatéral et à gauche, nous sentons la tige de l'explorateur dévier à droite. Le contraire se produit quand l'hypertrophie ne porte que sur le lobe droit.

La tuméfaction occupe-t-elle les deux lobes latéraux, nous sentons qu'il nous faut, pour faire progresser le cathéter, écarter deux masses en contact.

Nous voilà dans la vessie. Substituant à l'instrument précédent soit une sonde exploratrice ordinaire, soit un explorateur plein de la vessie, nous pénétrons directement dans le réservoir urinaire. Ramenant la sonde contre le col, nous lui imprimons des mouvements de rotation à droite et à gauche, qui nous apprennent qu'il existe presque toujours une saillie plus volumineuse à gauche. Nous retournons en bas le bec de la sonde, en lui imprimant de légers mouvements de rotation à droite et à gauche. Ces mouvements sont-ils facilement exécutés, alors même que nous soulevions la tige de la sonde, nous pouvons en conclure que le bas-fond vésical est fortement déprimé.

Retirons légèrement la sonde de façon que son bec vienne effleurer le col vésical, tout en restant dans la vessie, et essayons de répéter les mouvements de rotation précédents. Sommes-nous invariablement arrêtés tant à droite qu'à gauche par une saillie que nous ne pouvons arriver à circonscrire, il

nous est permis de conclure à l'existence d'un relief intra-vésical du lobe moyen de la prostate, coïncidant avec une exagération du bas-fond de la vessie. On peut même avec un peu de tact et de patience et en combinant ce cathétérisme au toucher rectal circonscrire ce lobe, savoir s'il est sessile ou pédiculé, dur ou mou, petit ou volumineux, en un mot extirpable ou non.

c). — *Exploration digitale de la vessie par les voies périnéales et hypogastriques*

Il existe enfin un dernier moyen d'exploration peu usité en France, mais étudié surtout dans ces derniers temps et préconisé par sir Henry Thompson (*Semaine médicale,* 18 juin 1882). Nous voulons parler de « l'exploration digitale de la vessie ». Mais comment pénétrer dans la cavité vésicale de l'homme pour en explorer les parois avec le doigt ? Deux voies ont été suivies jusqu'alors : la voie périnéale et la voie hypogastrique. L'une et l'autre ont donné des renseignements fort précis aux chirurgiens qui les ont employées. Nous ne saurions nous en étonner, car le doigt dans une foule de circonstances l'emporte même sur les yeux pour constater les lésions situées dans la profondeur des organes. Que de fois, pour ne citer qu'un fait, le toucher vaginal nous a permis d'apprécier les changements de volume et de structure du col utérin que le spéculum ne nous aurait certes pas fait connaître !

Mais en dehors de la précision des renseignements qu'elle nous fournit, cette exploration digitale offre bien d'autres avantages. Elle nous permet d'abord de suppléer au cathétérisme devenu impossible par la présence d'un obstacle uréthral ou prostatique infranchissable. Elle agit encore comme remède presque souverain chez ces prostatiques en proie aux douleurs d'une cystite rebelle ou aux dangers d'une hématurie abon-

dante. C'est la conclusion que l'on peut tirer de la lecture des observations sur ce sujet, de Thompson, de Guyon, d'Emmet, de Poinsot et de Petersen.

Enfin cette cystotomie soit périnéale, soit sus-pubienne, nous a-t-elle permis de diagnostiquer une saillie prostatique extirpable, elle va dans ce cas constituer le premier temps de notre intervention.

Mais nous ne voulons pas insister sur les avantages de ce procédé explorateur, ni sur la supériorité de la cystotomie sus-pubienne sur la boutonnière périnéale; car ces questions touchent trop à la thérapeutique, tant au point de vue de son oppportunité qu'à celui du procédé opératoire, pour que nous n'en réservions pas l'étude au chapitre du traitement chirurgical que nous avons hâte d'aborder.

CHAPITRE III

MÉTHODES CHIRURGICALES EMPLOYÉES DANS LE TRAITEMENT DE L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

Les méthodes sanglantes employées jusqu'à ce jour dans le but de lever l'obstacle au cours normal de l'urine déterminé par l'hypertrophie de la prostate sont au nombre de trois.

A. — **Méthode uréthrale.**

La première, que nous appellerons méthode uréthrale, est la plus ancienne. C'est celle de Guthrie, Civiale, Leroy-d'Etiolles, Maisonneuve et surtout d'Auguste Mercier.

Privés des puissantes ressources antiseptiques que nous possédons aujourd'hui, familiarisés avec le cathétérisme, ces chirurgiens, sans chercher à pénétrer dans la vessie par des voies détournées, ont suivi pour arriver sur les valvules prostatiques, sur les barres au col de la vessie, une voie toute naturelle : celle du canal de l'urèthre. Mais, tandis que les uns se contentent d'inciser le lobe hypertrophié, d'autres, plus hardis, font de propos délibéré l'exérèse de cet obstacle.

Toutefois, si la méthode est la même pour tous, le procédé varie avec chaque opérateur et autant de chirurgiens, autant d'instruments différents.

a). *Procédé de Guthrie.*

Guthrie, dans deux cas de barre au col de la vessie, s'est servi, après l'avoir modifié, d'un des instruments de Strafford pour le rétrécissement uréthral. Il consistait en une sonde prostatique renfermant une lame tranchante mobile. Après avoir placé le malade dans la position du cathétérisme, le chirurgien introduisait sa sonde dans la vessie à demi pleine et imprimait un mouvement de va et vient à la lame tranchante, qui coupait l'obstacle prostatique.

b). *Procédé de Leroy d'Etiolles.*

Vers la même époque (1832), Leroy d'Etiolles, dans plusieurs notes lues à l'Académie des sciences, conseille de sacrifier, d'inciser les barrières situées au col de la vessie. En 1837, il montre à la même Académie l'instrument dont il s'est servi pour mettre ses conseils en pratique. Cet instrument ressemble, à peu de chose près, à celui de Guthrie. Composé comme ce dernier d'une sonde exploratrice à courbure très courte et d'une lame tranchante, qu'on peut faire saillir du côte convexe et du côté concave de la courbure, il contient en outre une deuxième lame, capable d'agir en sens inverse de la première et de constituer avec elle les deux lames d'une paire de ciseaux.

Cette légère modification constituait déjà un progrès. Elle permettait, en effet, de joindre à l'incision la résection du lobe hypertrophié.

Le sécateur de Maisonneuve, reposant toujours sur le même principe, est moins complet que les précédents, car avec lui on ne peut qu'inciser la prostate et dans un seul sens.

c). *Procédé de Civiale.*

Civiale remarquant que la valvule prostatique variait de résistance et d'épaisseur avec chaque individu et qu'il était par conséquent impossible de fixer les limites de l'incision, a cherché à rendre l'opération plus précise en attaquant la barrière prostatique d'avant en arrière et de la base vers son bord libre. Son instrument, qu'il a appelé coupe-bride ou kiotome, a la forme d'une sonde coudée, lorsqu'il est maintenu fermé. La partie coudée, qui est la portion importante de l'instrument, est composée de deux branches réunies à une de leurs extrémités par une charnière. Une des branches est fixe et constitue la terminaison de la tige; l'autre peut être rendue mobile, grâce à une tige métallique pouvant glisser à volonté dans le corps de la sonde. La branche mobile écartée de la branche fixe limite un espace triangulaire dans lequel on enferme la partie de la prostate que l'on veut sectionner.

Il est possible avec cette tige mobile, qui glisse dans le corps de la sonde, d'augmenter ou de diminuer l'aire du triangle. Vient enfin une tige porte-lame renfermée également dans le corps de la sonde. En poussant le talon de cette tige, on fait saillir une lame tranchante, qui parcourt la base du triangle sus-indiqué et pénètre dans une rainure que porte l'extrémité libre de la branche mobile. Tel est sommairement décrit le kiotome de Civiale; voyons maintenant la façon de s'en servir. Après avoir distendu la vessie par l'injection d'une certaine quantité de liquide, on introduit l'instrument dans l'urèthre comme un lithotriteur. Puis on place, dit Phillips dans son *Traité des maladies des Voies urinaires*, la portion recourbée sur le trigone vésical et on l'attire contre la face postérieure de la valvule. On pousse la tige qui appuie sur la branche mobile,

ce qui écarte les deux moitiés de la portion recourbée de l'instrument entre lesquelles la valvule vient se placer. On tire ensuite sur l'instrument comme pour l'amener au dehors jusqu'à ce qu'on sente de la résistance. La section des tissus est faite ensuite en poussant la lame tranchante vers la vessie. Dès que la division est achevée, on rentre la lame en tirant vers soi la tige qui la supporte et l'on pousse de nouveau l'instrument dans la vessie pour rapprocher les branches écartées. Le kiotome est alors enlevé sans aucune difficulté.

Après avoir décrit son procédé, qu'il dit avoir mis en usage plusieurs fois, Civiale ajoute : « Je ne saurais trop répéter qu'il ne faut recourir à l'incision de la barrière que dans des cas parfaitement déterminés, après avoir précisé les points sur lesquels l'instrument doit agir, placé le malade dans les conditions les plus favorables au moyen d'un traitement approprié et enfin avoir acquis la certitude que tout autre moyen est impuissant ».

d). *Procédé d'A. Mercier.*

Plus rapproché de nous, Auguste Mercier, défenseur énergique de l'intervention radicale dans l'hypertrophie de la prostate, contribue pour une bien large part, grâce à la perfection de ses instruments et la précision de son manuel opératoire, à faire faire un grand pas à cette question. A l'exemple de Leroy d'Etiolles, il préconise et pratique plus souvent, il est vrai, que ses prédécesseurs, l'incision et l'excision de ces barrières prostatiques qu'il a si bien décrites.

Son inciseur de même forme que son explorateur se compose d'une canule en argent, dans laquelle peut facilement glisser une tige terminée à une de ses extrémités par une lame tranchante du côté concave et du côté convexe de la courbure de la canule.

Après avoir fait placer le malade dans une position convenable, et injecté une certaine quantité de liquide dans la vessie, on introduit l'inciseur, en suivant le canal de l'urèthre. Le bec de la sonde est tourné en bas, comme pour plonger derrière la prostate. Au moyen d'une vis, située près du talon de la sonde, on règle la distance jusqu'à laquelle on permet à la lame de glisser hors du bec, le long du corps de l'instrument. En retirant la tige, qui supporte cette lame, l'opérateur incise la barre. Pour s'assurer que la division des tissus est complète, on repousse le lame vers le bec de l'instrument et on exécute de nouveau la manœuvre précédente, s'il y a lieu.

Lorsque le lobe était épais et arrondi, Mercier en pratiquait l'excision au moyen d'un instrument ressemblant fort à un lithotriteur. Entre les mors de son appareil suffisamment écartés, il saisissait un morceau du tissu prostatique, puis en fixait la partie saillante au moyen d'une aiguille terminée en flèche. Fermant doucement les mors il sectionnait la partie de prostate comprise entre eux. En ramenant au dehors l'appareil, il retirait la portion prostatique sectionnée, qui restait enfourchée par l'aiguille.

Cette dernière opération, que Mercier dit avoir pratiquée de nombreuses fois, se rapproche beaucoup de l'amygdalotomie; mais elle est moins anodine qu'elle : souvent en effet la manœuvre de Mercier est suivie d'une hémorragie abondante. Pareil accident est arrivé à Mercier lui-même. Ce chirurgien traitait cette complication par des injections d'eau froide, par l'élévation du bassin au-dessus du niveau de la tête ou par des astringents donnés à l'intérieur. Après l'opération, il ordonnait au malade de débarrasser la vessie du liquide qu'elle contenait. Il est important, dit Mercier, que le malade puisse accomplir cet acte sur le côté et sans efforts. Si l'écoulement ne se fait pas, on passera une grosse sonde munie d'yeux volumineux. On ne

doit pas laisser une sonde dans la vessie, parce qu'elle provoque du spasme, des envies fréquentes d'uriner et qu'elle favorise ainsi l'écoulement sanguin. Il vaut mieux sonder le malade de temps à autre. Six jours environ après l'opération, on introduit dans l'urèthre une sonde flexible. Vers le dixième jour, après avoir introduit la même sonde, on passe dans son intérieur un mandrin d'acier qui presse sur le siège de la blessure et en prévient la réunion.

Bien que nous n'ayons pas l'intention de faire dans ce chapitre le procès ou l'éloge de cette méthode, nous devons dire cependant qu'entre les mains de Mercier elle a donné d'assez bons résultats; du moins c'est ce que tendent à prouver quinze observations d'exerèse cités par cet auteur. Deux de ses malades, il est vrai, succombèrent, mais l'un à une dysenterie et l'autre à une « fièvre ».

Dans cinq cas où l'on observait de la rétention et de la dysurie persistantes, l'opération a déterminé un soulagement qui s'est prolongé chez les uns quatre ans et chez les autres deux ans. Sept malades ont été améliorés d'une façon notable. Enfin le dernier opéré, moins favorisé que les sept précédents, puisque chez lui les troubles de la miction ont persisté, a cependant bénéficié de l'intervention chirurgicale, puisque le cathétérisme primitivement impossible est devenu praticable.

Jusqu'à présent nous avons vu que les chirurgiens n'ont porté sur la prostate hypertrophiée que des instruments tranchants. Nous voulons bien admettre qu'ils ont été assez souvent heureux dans leurs tentatives opératoires, mais que de fois ils ont dû enregistrer des insuccès attribuables presques tous à l'hémorragie.

E. — **Procédé de Bottini.**

C'est sans doute pour éviter cette redoutable complication que le professeur Enrico Bottini de Novare, renonçant à l'acier, a mis en usage l'électricité, tout en suivant la même voie que ses prédécesseurs.

L'acte opératoire du professeur italien, dit Louis Jullien dans son article « prostate » (*Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques* Jaccoud) comprend deux procédés : l'adustion et l'incision. Voici en quoi consistent les instruments proposés pour l'adustion. Le galvano-cautère a dans son ensemble la forme de la sonde de Mercier, mais on peut en varier les courbures suivant les cas. Il se compose de deux tiges en cuivre, isolées l'une de l'autre par une petite lame en ivoire. Le foyer thermique est situé du côté de sa cavité sur la partie qui précède immédiatement sa courbure, il s'étend sur une longueur de deux à trois centimètres et s'arrête au sommet de l'angle. Il consiste en une petite lame en platine repliée en U, et dont une extrémité se réunit à la moitié supérieure de l'instrument et l'autre à la moitié inférieure. Le cautère est appuyé sur un petit cylindre en porcelaine poreuse, qui a pour but de servir de soutien à l'armature de platine et de concentrer la chaleur qui s'y développe Il est indispensable que cette armature soit non-seulement soudée aux tiges de cuivre, mais aussi assurée par de petits clous, si l'on ne veut pas s'exposer à la perdre dans l'urèthre, quand la température est devenue assez élevée pour amener la fusion des soudures. C'est dans le même but que Bottini en a fait élargir le pied avant sa réunion à la tige de cuivre; de cette façon, avec deux batteries de Pischel, il a pu fondre la partie antérieure du cautère sans rendre incandescents les pieds de la petite lame.

Pour mettre l'instrument en rapport avec les couples, on se sert du manche de Middeldorp muni d'un interrupteur de dimensions réduites, afin de ne pas surcharger la main de l'opérateur. On introduit l'instrument dans la vessie de la même manière que la sonde exploratrice de Mercier, puis par des instruments variés, le chirurgien s'assure que le bec est partout libre, en même temps qu'il reconnaît la présence de l'urine dans la vessie. S'il n'y en avait pas, il conviendrait d'y injecter une certaine quantité d'eau. Cela fait, et après recherche exacte du lobe que l'on veut attaquer, on tourne contre sa surface la partie libre du cautère que l'on fixe au moyen d'une traction modérée, en appliquant le bec de la sonde contre la paroi vésicale. Le moment est venu de faire passer le courant. Dès que le platine est porté au rouge vif, on en est averti par le crépitement fin qui accompagne la combustion ; tant qu'on ne l'entend pas, on doit élever la température qu'il faut ensuite maintenir au même degré jusqu'à la nécrobiose de la partie malade. Alors seulement le doigt déplacera la pièce mobile de l'interrupteur pour éteindre le cautère. On termine l'opération en repoussant l'extrémité de l'instrument jusqu'au centre de la vessie, puis en le retirant comme une sonde ordinaire.

La douleur produite par le brûlement est très supportable. En règle générale, plus celui-ci est intense, moins la douleur est sensible. D'hémorragie nulle crainte, pourvu que l'on maintienne le cautère au rouge vif; plus chauffé il cesserait d'être hémostatique. Si l'on s'aperçoit qu'après l'opération il se trouve collé à l'escharre, au lieu de l'extraire de vive force, ce qui exposerait à des déchirures et à un écoulement de sang, on n'a qu'à faire de nouveau passer le courant et à brûler les liens qui le retiennent.

Les suites de l'opération sont simples. La miction est rendue

possible immédiatement; quand une première séance ne suffit pas, ce n'est qu'au bout de 20 jours qu'il faut recourir à une seconde cautérisation.

L'incision galvano-caustique de la prostate, continue M. Jullien, se pratique au moyen d'un instrument qui rappelle de beaucoup le prostatome de Mercier, avec cette différence que la partie tranchante est remplacée par une couverture en platine à bords obtus reliée aux pôles de la pile. La tige est en cuivre doré. La branche mâle se compose de deux petites tiges en métal isolées par une lamelle en ivoire. La cannelure creusée dans la branche femelle et dans laquelle l'autre glisse a été revêtue d'un enduit résineux qui assure l'isolement. La partie tranchante en platine est enchatonnée dans les tiges conductrices avec des pointes en cuivre pour empêcher qu'elle se détache pendant l'incandescence.

La progression de la lame est réglée par une vis d'Archimède que l'on met en mouvement au moyen d'une pièce circulaire placée sous l'action des doigts de la main droite et le cheminement en est exactement indiqué par des dimensions métriques marquées sur la tige même. Le manche de l'instrument se termine par deux tiges destinées à être mises en relation avec les pôles du foyer électrique, l'une directement, l'autre après interposition d'un interrupteur imaginé par l'auteur.

Après introduction du prostatotome, le chirurgien doit rechercher le lobe de la prostate qu'il veut inciser et l'accrocher avec le bec de l'instrument. Puis il met en mouvement l'armature de platine et lui fait parcourir lentement son champ dans les deux sens pendant qu'il entend crépiter les chairs sous l'action du cautère. Le courant est alors interrompu et le bec repoussé dans l'intérieur de la vessie et enfin on extrait l'instrument. L'urine à ce moment sort librement et même on note pour l'ordinaire un peu de ténesme.

Pour montrer les avantages de ce procédé, nous ne saurions mieux faire que de rapporter le jugement de M. Jules Jullien. « La méthode de Bottini, dit ce savant auteur, est encore de date trop récente pour que nous puissions apporter à son appui un très grand nombre de faits ; ce que l'on peut affirmer c'est que pour le plus grand nombre des opérés jusqu'à présent, le rétablissement de la fonction a été immédiat, constant et permanant. Des malades condamnés jusqu'alors à de cruelles souffrances ont pu retrouver leur jet normal et vider leur vessie comme s'ils n'avaient jamais eu de lésions prostatiques. On n'a pas observé d'hémorragie primitive ni secondaire ni même aucune perte de quelques gouttes de sang; peu de réaction traumatique, en somme pas d'accidents si l'on excepte quelques rares accès de fièvre uréthrale ».

f). *Cathétérisme forcé.*

Pour en terminer avec la méthode uréthrale, disons quelques mots sur le cathétérisme forcé, qui est plutôt une opération palliative que vraiment curative. Regardée autrefois comme légitime, la perforation de la prostate hypertrophiée se pratiquait avec une sonde d'argent du n° 19, de forme un peu conique, à la pointe plus longue que la sonde ordinaire, mais n'ayant pas la large courbure du cathéter prostatique. L'opérateur introduit l'instrument jusqu'au siège de l'obstacle et s'assure au moyen de l'index introduit dans le rectum qu'il est bien dans l'urèthre et qu'il va s'engager dans la prostate. Il le porte alors rapidement en haut vers la cavité vésicale en poussant fortement la pointe en arrière et en déprimant le manche avec lenteur. il s'arrête lorsqu'il sent que la pointe se meut librement dans la vessie et lorsqu'il voit l'urine s'écouler. Comme nous l'avons vu, cette opération a été pratiquée autre-

fois par Lafaye. Dans les temps plus modernes, elle l'a été en Angleterre par Home. Liston l'a pratiquée avec un mandrin aiguisé, porté dans une longue canule à grande courbure. En France, Cruveillier a fortement préconisé ce procédé auquel il a donné le nom de ponction de la vessie à travers la prostate. Malgré la valeur et l'autorité de ces chirurgiens, nous croyons ne pas devoir accepter leur opinion et ne plus considérer avec Sir H. Thompson, « ce procédé barbare, que comme un sujet d'histoire ». Si l'on réfléchit en effet aux connaissances qu'il faut avoir de la région, au tact indispensable pour reconnaître la nature des obstacles qui arrêtent l'instrument, à l'adresse que le chirurgien doit posséder pour diriger convenablement la sonde dans l'épaisseur des tissus, sans la faire dévier, si l'on se représente le nombre et la variété des obstacles qu'on rencontre, la résistance et l'épaisseur des tissus qui les composent et enfin les dangers résultant d'une fausse manœuvre, on renoncera à cette intervention aveugle, que quelques chirurgiens ont eu la prétention d'ériger en moyen curatif de l'hypertrophie de la prostate.

Tout au plus médiocre dans les cas où l'on doit parer immédiatement aux accidents terribles de la rétention, le cathétérisme forcé sera, en pareille circonstance, remplacé avec avantage par la ponction sus-pubienne.

B. — Méthode périnéale.

L'incision des couches multiples du périnée pour pénétrer dans le réservoir vésical est une opération fort ancienne. Elle était pratiquée au temps même des Arabes, et Avicenne conseillait de l'employer lorsqu'il y avait de la difficulté à uriner. A une époque qui touche la nôtre, Bouisson, de Montpellier, et

surtout Dolbeau tentèrent de la faire accepter comme une méthode « de lithotritie par les voies accidentelles ». Depuis, les procédés de taille périnéale se sont multipliés. Quelques-uns sont presque arrivés à la perfection. Mais jusqu'à ces derniers temps, personne n'avait songé à créer une voie artificielle à travers le périnée pour explorer l'intérieur de la vessie et débarrasser ce réservoir des tumeurs qu'il pouvait contenir.

a). *Exploration digitale de la vessie.*

A Sir Henry Thompson revient le mérite d'avoir le premier émis cette idée et donné toutes les indications nécessaires pour la mettre à exécution (*Semaine médicale*, 18 juin 1882). Le but que je me propose, dit cet éminent chirurgien dans une de ses leçons sur « l'exploration digitale de la vessie » est complètement nouveau. Je cherche à explorer avec le bout du doigt toute la surface interne de la vessie, afin d'en reconnaître l'état, sans qu'il soit besoin de pousser plus loin l'opération, à moins cependant que la découverte d'une tumeur ou d'autre chose n'impose une intervention chirurgicale.

Nous voyons par ces quelques lignes que cette division du périnée, en dehors de son rôle explorateur, peut constituer le premier temps d'une opération ayant pour but « le traitement d'une tumeur ou d'autre chose ». Et par ces mots « autre chose », Sir Thompson désigne, en autre lésion, comme nous le verrons plus tard, la prostate hypertrophiée. Aussi croyons-nous utile de donner la description de cette première partie de l'intervention chirurgicale. Pour ce faire, nous rapporterons la description même que Sir H. Thompson donne du manuel opératoire (*Leçons sur les tumeurs de la vessie et sur quelques points importants de la chirurgie des voies urinaires*, par Sir H. Thompson, traduites par R. Jamin, Paris, 1885).

b). *Manuel opératoire et instruments.*

La position du malade et les instruments et accessoires sont ceux de la taille. Dès que l'anesthésie est complète, on introduit dans la vessie un cathéter de moyen calibre à petite courbure et présentant une rainure large et profonde. Le chirurgien étant assis, introduit dans le rectum son index gauche, de façon à reconnaître avec l'extrémité du doigt la position du cathéter cannelé, séparé par l'épaisseur des tissus, et à laisser ce doigt appuyé sur le bec de la prostate pour servir de guide à l'instrument. Maintenant son index gauche dans le rectum, l'opérateur, avec un bistouri long, étroit et à dos droit, incise alors verticalement la peau et le tissu cellulaire sur la ligne médiane, c'est-à-dire sur le raphé, dans une étendue de trois centimètres et demi, l'extrémité inférieure de l'incision se terminant à peu près à deux centimètres au-dessus de l'anus. Il enfonce ensuite horizontalement le bistouri, le bord coupant tourné en haut, à la partie inférieure de l'incision, exactement au devant de la face antéro-supérieure du rectum et parallèlement à celle-ci. Guidé dans une certaine mesure par la proximité de l'index gauche, il dirige la pointe de façon qu'elle arrive à la portion membraneuse de l'urèthre et qu'elle la perfore en s'engageant dans la rainure du cathéter. Le contact étant nettement établi, il incise l'urèthre sur le cathéter dans une longueur de dix à douze millimètres environ par un mouvement de la pointe d'arrière en avant; puis il retire le bistouri en sectionnant ainsi peut-être un peu des tissus sus-jacents, mais en évitant autant que possible toute lésion du bulbe lui-même et en ne pratiquant en somme qu'une plaie capable d'admettre le doigt et d'être comblée entièrement par lui. Ensuite le chirurgien insinue dans la rainure du cathéter la pointe terminale

du gorgeret. Ce gorgeret est enfoncé doucement le long de l'urèthre jusque dans la vessie. L'opérateur peut alors sortir l'index gauche du rectum et prendre le cathéter dans sa main ou même le manche des deux instruments en même temps. En tous cas, le cathéter est retiré et pendant un instant le gorgeret est maintenu en place par la main droite; puis le long de ce dernier, et à mesure qu'on le retire, l'index gauche est lentement et doucement introduit au travers du col vésical. A ce moment l'extrémité du doigt explorateur se trouve ordinairement libre dans la cavité de la vessie, et il n'est pas rare que par le toucher on reconnaisse déjà l'état morbide pour lequel l'exploration a été entreprise. Quoi qu'il en soit, l'opérateur maintient l'index gauche à sa place et l'enfonce profondément dans la cavité; il se lève même de son siège, s'il est nécessaire, et avec sa main droite il fixe la vessie et déprime convenablement la région sus-pubienne. C'est ainsi que la paroi antéro-supérieure de la vessie est amenée au contact de l'index gauche. S'il ne trouve rien, il change un peu le siège de la pression sus-pubienne et enfonce aussi loin que possible l'extrémité de l'index gauche, examinant point par point toute la surface interne de la vessie. L'auteur continue en nous montrant combien il est facile de constater les modifications pathologiques de la muqueuse vésicale, la présence d'un calcul caché entre les plis hypertrophiés de la muqueuse. Partant de la prostate, il ajoute que par ce mode d'exploration digitale « toutes les formes d'hypertrophie prostatique peuvent également être ainsi constatées et il est facile d'étudier leur influence sur la fonction vésicale, d'après leur volume et leur situation sur le col de la vessie; quelques-unes semblent alors justiciables d'une intervention chirurgicale ».

Telle est cette première opération. Nous a-t-elle permis d'arriver sur une tumeur ou une prostate hypertrophiée déjà

soupçonnée? Nous devons profiter de cette voie qui nous est faite pour constater, toujours avec l'index, la forme du lobe prostatique hypertrophié, sa consistance, son volume et surtout son mode d'implantation. C'est alors que, possédant très nettement toutes ces données, nous savons si nous devons pousser plus loin notre intervention ou nous abstenir.

c). *Prostatectomie.*

Dans le cas où il faut intervenir, Thompson conseille de profiter de cette boutonnière périnéale pour aller inciser ou enlever en totalité ou en partie la prostate hypertrophiée; quant à l'opération elle-même et aux instruments employés pour l'exécuter, je ne saurais en donner une meilleure description qu'en citant les propres paroles de Thompson lui-même: « Si vous avez la bonne fortune de tomber sur une tumeur unique, munie d'un pédicule assez mince, vous ne devez pas hésiter à introduire une paire de pinces forceps soit à mors larges et dentelés sur les bords, de façon à écraser et non à sectionner les tissus. Il existe diverses formes de ces pinces. Le modèle le plus simple est droit, ressemblant à la tenette employée ordinairement dans la taille. D'autres sont incurvées et destinées aux tumeurs près du col de la vessie; car, dans cette situation, la pince droite ne parviendrait pas à les saisir. Dès que les branches sont introduites dans la cavité vésicale, il n'y a qu'à les ouvrir largement et à les refermer ensuite, pour être à peu près certain qu'elles ont saisi la tumeur plus ou moins complètement. Ce procédé ainsi exécuté est incontestablement aussi sûr que s'il s'agissait de saisir un calcul dans la vessie. Pendant cette opération, vous ne devez exercer aucune pression dans la région sus-pubienne. Par quelques petits mouvements, vous vous assurerez que la tumeur est bien saisie. A ce moment,

évitez la violence; cependant, serrez fortement l'un contre l'autre les mors de l'instrument, de façon que leur extrémité morde les tissus. Alors, avec un léger mouvement de traction, facilitez le dégagement de la masse. Lorsque celui-ci est accompli, la pince se trouve libre dans la cavité vésicale et il vous sera aisé de l'extraire avec son contenu. Ceci fait, introduisez de nouveau le doigt, afin de constater ce qui reste de la tumeur et de voir s'il est possible de compléter l'ablation. En tout cas, lorsque la pince forceps a ainsi extrait un fragment, si petit qu'il soit, l'instrument ne doit jamais être réintroduit avant que le doigt ait une seconde fois exploré la vessie et permis à l'opérateur d'apprécier exactement la portion qui reste à enlever, si toutefois il en reste une. Cette opération est presque toujours suivie de succès. Vous pouvez encore vous servir d'un très petit écraseur, muni d'une anse de corde à boyaux, qu'on manœuvre le long de l'index. Si les tumeurs présentent une forme plus complexe, on peut encore employer le forceps pour leur ablation ».

Ce manuel opératoire, qu'on croirait, d'après la description précédente, réservé uniquement aux tumeurs de la vessie, est également celui que le chirurgien de Londres applique dans le traitement chirurgical de la prostate.

Il est vrai que les cas d'hypertrophie de la prostate justiciables d'un pareil procédé sont beaucoup plus rares que ceux des néoplasmes vésicaux. En dehors des cas nombreux où le cathétérisme suffit amplement à triompher de l'obstacle prostatique et rend par conséquent toute intervention radicale inutile, il faut entre autres conditions celle que Thompson nous indique lui-même : « Pour justifier l'excision d'une saillie prostatique, non seulement cette dernière ne doit pas être très volumineuse, mais encore l'obstruction vésicale ne doit pas exister depuis un temps considérable. »

Mais malgré leur rareté, les exérèses prostatiques ont été pratiquées plusieurs fois par d'autres chirurgiens que leur promoteur, et, pour citer un des cas les plus frappants, rappelons en quelques lignes l'observation du professeur Ashurst (Philadelphie, *medical Times,* vol. XIII, n° 362, 2 septembre 1882).

Il s'agit ici d'un homme de 61 ans. Sept semaines avant son entrée à l'hôpital, une sonde se brise dans sa vessie. A l'exploration, on trouve un corps mobile et le lobe moyen de la prostate fortement hypertrophié. La boutonnière périnéale permet de retirer environ un pouce de sonde molle. En poussant plus loin l'exploration digitale, on constate que la prostate forme une tumeur saillante, irrégulière, obturant presque complètement la lumière de l'urèthre. Cette masse prostatique est enlevée par torsion avec une pince-forceps. Quelques heures après l'opération, il se déclare une hémorragie nécessitant le tamponnement. Au bout d'un temps très court, la santé de l'opéré devient excellente.

d). *Prostatotomie.*

A côté de cette intervention radicale, de cette prostatectomie, pour l'appeler par son nom, se place un moyen thérapeutique, moins radical, il est vrai, mais qui néanmoins a donné quelques succès. Je veux parler de la prostatotomie, c'est-à-dire de la simple incision de la prostate hypertrophiée. Voici d'ailleurs en quoi consiste cette intervention : l'aide d'un Après avoir pratiqué la boutonnière périnéale, on sectionne à bistouri boutonné, introduit dans l'ouverture ainsi faite sur la ligne médiane, la portion saillante de la prostate. Cela fait, on place une canule d'un diamètre suffisant pour qu'elle remplisse complètement l'ouverture artificielle. Régi-

nald Harrison, qui avec Thompson a le plus préconisé ce procédé, a l'habitude de se servir d'une sonde composée de deux tubes; l'un de ces tubes reste en place, pendant qu'on retire l'autre pour le nettoyer. « Cette disposition, nous dit Harrison, assure le drainage parfait de la cavité vésicale. Après un drainage continu de dix à douze semaines, on doit tenter l'enlèvement des tubes; et si l'on peut facilement introduire une sonde par l'urèthre ou encore si l'urine reprend assez aisément son cours normal, on est en droit de supprimer la sonde périnéale. Il ne reste plus alors qu'à passer pendant un certain temps des bougies qui devront atteindre la portion la plus reculée du canal ».

Harrison qui a obtenu des résultats satisfaisants, grâce à ce procédé, les attribue non seulement aux moyens adoptés pour amener la permanence de la division de la prostate, mais encore à la rétraction ultérieure du tissu cicatriciel formé au sein de la glande.

E. — Cystotomie périnéale.

Quelques chirurgiens, parmi lesquels je citerai François Collot, le célèbre lithotomiste de la fin du XVII[e] siècle, Deschamps, J.-L. Petit, Wilard Parker, de New-York, Dolbeau et tout dernièrement le docteur Poinsot, de Bordeaux, ayant moins en vue la prostate hypertrophiée que la rétention temporaire des prostatiques et les douleurs intolérables de la cystite, ont borné leur intervention chirurgicale à la division du périnée. Ils ont fait, en un mot, et maintes fois avec succès, la cystotomie périnéale. C'est en somme la boutonnière de Thompson, maintenue béante, grâce à un tube pénétrant dans la vessie et permettant ainsi un drainage facile de cette cavité.

D'autres opérateurs, et parmi eux Réginald Harrisson, pour-

suivant le même but que les chirurgiens que nous venons de nommer, au lieu de diviser sur une certaine étendue les couches périnéales, se sont contentés de donner un passage à l'urine, en ponctionnant directement la vessie à travers le périnée. Parfois les succès obtenus par ce simple procédé ont dépassé les espérances de leurs auteurs ; et pour en donner une preuve, qu'il nous soit permis de citer l'observation suivante due à Réginald Harrison.

N. D..., âgé de 84 ans, est admis à l'infirmerie royale de Liverpool, le 4 novembre 1881. La prostate était considérablement hypertrophiée, la vessie distendue, et le canal saignait abondamment après des essais infructueux de cathétérisme. Reconnaissant la gravité de la situation et la nécessité d'établir une voie d'écoulement permanente pour l'urine, Harrison se décida à ouvrir la vessie par le périnée. Il plonge alors un trocart spécial (ressemblant beaucoup au trocart à hydrocèle) sur la ligne médiane à 4 centimètres en avant de l'anus et le pousse hardiment à travers la prostate, jusque dans la cavité vésicale, se guidant sur son index gauche, introduit dans le rectum.

Le trocart est retiré, on fixe avec des lacs la canule, à l'extrémité libre de laquelle est adapté un tube en caoutchouc, aboutissant à un bassin placé près du lit. Le malade, continue Harrison, éprouva un soulagement immédiat et put se lever quarante-huit heures après l'opération. Pour lui permettre de rester assis, le tube était raccourci pendant le jour et son extrémité était fermée au moyen d'une pince à forci-pressure. Le malade se levait tous les jours, dormait paisiblement soit sur le dos, soit sur le côté et n'éprouvait aucun trouble urinaire, en dehors de la gêne occasionnée par la présence de son tube. L'urine qui avait été fétide et chargée de mucopus, redevint normale, grâce aux lavages qu'on faisait deux fois par jour à travers la canule. Le malade urina ainsi par la canule environ six semaines. La santé s'améliora de plus en plus. Il circulait librement comme s'il n'était atteint d'aucune infirmité.

Je remarquai alors qu'une quantité d'urine de plus en plus grande commençait à s'écouler par la voie naturelle, ce qui m'amena à la conviction que pour un motif ou pour un autre la prostate cessait de faire obstacle à la miction. Le 28 janvier 1882, j'enlevai la canule ; la plaie guérit en quelques jours et la vessie reprit graduellement ses fonctions et sa tonicité naturelles. Au mois d'avril, le malade gardait son urine durant quatre heures pendant le jour et ne se levait que deux fois pendant la nuit. Tous les signes fonctionnels de l'hypertrophie de la prostate ont disparu. Au moment de son admission à l'hôpital, le toucher rectal pratiqué par mon assistant et par moi-même, n'avait laissé aucun doute sur l'existence d'une hypertrophie considérable de la glande. Aujourd'hui (avril 1882), nous constations à notre grande surprise que l'hypertrophie avait presque complètement disparu. Le doigt introduit dans le rectum trouvait à la glande des dimensions s'écartant peu de la normale. Nous étions donc bien en présence d'un cas dans lequel l'intervention chirurgicale sur une prostate hypertrophiée avait été rapidement suivie d'une atrophie de l'organe, résultat qui n'avait pas encore été signalé.

On pourrait m'objecter, dit Harrison en terminant, que l'exploration rectale n'a pu révéler une réduction de volume de la glande que dans sa portion inférieure, la seule accessible à ce genre d'examen; mais je ferai observer que le retour des fonctions urinaires dans toute leur intégrité entraînait forcément comme conclusion un changement analogue, survenu dans la portion supérieure ou uréthrale de la prostate.

Avec cette dernière observation, nous terminons la description des divers procédés opératoires pratiqués par la voie périnéale dans le but de traiter chirurgicalement l'hypertrophie de la prostate. Sans discuter la valeur de cette méthode, ses avantages ou ses inconvénients, ses indications ou ses contre-indications, toutes choses que nous traiterons dans notre dernier chapitre, nous allons aborder immédiatement la méthode hypogastrique.

C. — Méthode hypogastrique.

Il y a plus de trois siècles que Franco pratiqua la cystotomie sus-pubienne pour extraire de la vessie d'un enfant un calcul qu'il n'avait pu retirer par la voie périnéale.

La voie hypogastrique tracée par Franco et d'ailleurs peu conseillée par lui, fut suivie par ses successeurs, mais dans le but presque exclusif de débarrasser le réservoir vésical de pierres qu'il pouvait contenir.

Enhardis par les succès de cette méthode, les chirurgiens étrangers Billroth (1875), Volkman (1876), l'appliquèrent à l'extirpation des néoplasmes vésicaux qui restaient jusqu'alors au-dessus des ressources de l'art. Il y a à peine six ans qu'en France, M. Pierre Bazy, sur les conseils de M. le professeur Guyon et du Dr Monod, chirurgien des hôpitaux de Paris, ouvrit largement la vessie au-dessus du pubis, dans un cas de tumeur vésicale.

A partir de cette époque, les opérations de ce genre se sont multipliées dans notre pays et l'on peut dire, sans craindre d'être au-dessous de la vérité, qu'en France la méthode hypogastrique, grâce surtout à la puissante impulsion de M. le professeur Guyon et aux travaux remarquables de ses élèves MM. Tuffier, du Chastelet, Hallé, Broussin et notre bien cher maître M. le professeur agrégé Pousson.

Ce que ces auteurs ont fait pour les tumeurs de la vessie, quelques chirurgiens bien rares, il est vrai, l'ont tenté dans certains cas d'hypertrophie de la prostate. C'est ainsi que Dittel en 1885, Mac Gill en 1887 et tout récemment le Dr Mac Guire (de Richemond) ont non seulement préconisé, mais encore pratiqué l'incision hypogastrique pour réséquer une portion de prostate qui par sa présence rendait toute miction impossible.

Le procédé opératoire employé par ces habiles chirurgiens a été, sauf quelques légères modifications de détail, le même que celui réservé à l'extirpation des tumeurs de la vessie. Aussi nous bornerons-nous à esquisser à grands traits cette intervention dont le professeur Guyon et le docteur Pousson (thèse de doctorat, Paris, 1884) ont donné une si parfaite description.

a). *Manuel opératoire.*

Après avoir pris toutes les dispositions préliminaires, c'est-à-dire après avoir administré un lavement au malade, rasé et parfaitement nettoyé la région sus-pubienne, distendu le rectum au moyen du ballon en caoutchouc de Petersen, injecté une quantité suffisante de liquide dans la vessie, on procède à l'opération proprement dite.

Cette opération comprend trois parties : 1° ouverture de la vessie ; 2° extraction de la tumeur prostatique ; 3° soins consécutifs.

Ouverture de la vessie. — Après avoir sectionné la peau, l'aponévrose et les muscles sur une longueur de 8 à 10 centimètres environ, en suivant la moitié inférieure de la ligne médiane qui réunit l'ombilic au pubis, refoulé en haut le cul de sac péritonéal, on incise la vessie d'un seul coup, dans toute l'étendue de la plaie cutanée en dirigeant son bistouri de haut en bas. Disons en passant que cette section brusque de la vessie, loin de nuire à l'heureuse issue de l'opération, constitue au contraire un moyen de sûreté, en mettant, comme l'a remarqué maintes fois M. le professeur Guyon, à l'abri d'hémorragies que rendait parfois redoutables la section couche par couche de la paroi vésicale.

La vessie divisée, les fils suspenseurs mis en place, le ballon de Petersen dégonflé et enlevé, on procède alors à l'exploration

de la cavité vésicale et à l'exérèse de la tumeur. Mais avant de passer à cette seconde partie de l'opération, qu'il nous soit permis d'ouvrir une parenthèse pour dire les modifications que nous croyons utile de faire subir à l'incision de la vessie pour arriver plus sûrement sur le col et mettre à découvert la portion de prostate hypertrophiée qu'on se propose d'enlever. Le col vésical se cache en effet derrière la symphyse du pubis. On peut toujours avec l'extrémité du doigt, introduit par l'incision sus-pubienne, arriver sur lui (c'est une vérification que nous avons faite assez souvent sur le cadavre). Mais si l'extrémité du doigt arrive sur le col et par conséquent sur l'obstacle qui peut s'y trouver, cela n'est pas suffisant pour la manœuvre d'instruments destinés à retrancher le lobe hypertrophié. Nous conseillons donc de ne pas s'en tenir à la boutonnière hypogastrique même largement ouverte à l'aide d'écarteurs, nous proposons plutôt de faire une incision en L ou en T, de façon que la ou les branches transversales de l'incision forment deux lambeaux qui donnent un large accès sur le champ opératoire.

Nous regrettons que des circonstances absolument indépendantes de notre volonté ne nous aient pas permis de faire sur le vivant l'essai de ce petit procédé; mais il nous semble que lorsqu'une modification est aussi anodine et que ses résultats paraissent devoir être excellents (c'est du moins la conclusion que nous avons pu tirer de nos expériences cadavériques), on est autorisé à la conseiller et à s'en servir à l'occasion.

b). *Extraction de la portion prostatique hypertrophiée.*

Cela étant dit, parlons de l'opération proprement dite. La partie de la glande hypertrophiée, cause de tout le mal, est reconnue. Son volume, sa consistance, son mode d'implantation sont nettement diagnostiqués par la vue et surtout le

toucher. Il nous reste à l'enlever. Pour ce faire, nous avons à notre disposition le bistouri, le serre-nœud, le thermo-cautère et l'anse galvano-caustique. Le choix de ces instruments dépend surtout du mode de fixation du lobe hypertrophié. En général, c'est le lobe moyen qui constitue l'obstacle au cours de l'urine. Quoique les chirurgiens, qui sont intervenus par cette voie dans l'hypertrophie de la prostate, aient employé presque exclusivement le bistouri, nous croyons plus pratique, si toutefois elle est possible, l'application du serre-nœud ou du thermo-cautère. Ces deux derniers moyens devant, selon toute probabilité, diminuer les chances d'une hémorragie parfois fort inquiétante.

c). *Soins consécutifs.*

L'ablation pratiquée, on se comporte comme dans les tailles faites pour les calculs, c'est-à-dire que les deux tubes siphons employés par MM. Périer et Guyon seront placés dans la plaie, leur extrémité reposant sur le bas-fond de la vessie. Ces tubes servent à la fois à l'évacuation des urines et à des lavages faits plusieurs fois par jour.

Nous pensons que la sonde à demeure doit être proscrite pendant les premiers jours; son irritation sur la surface de section devant entrainer probablement des accidents fébriles. On n'a pas constaté d'infiltration d'urine dans les cas d'extirpation de tumeurs vésicales, *a priori* nous croyons qu'elle n'est pas plus à craindre à la suite de résection de la prostate.

Souvent on a affaire à une tuméfaction prostatique pédiculée et, dans ce cas, les limites du réservoir urinaire ne sont pas franchies; mais alors même qu'on taillerait dans le tissu de la prostate pour détruire ce véritable mur élevé entre l'urèthre et la vessie, la densité du tissu sectionné s'opposerait à l'infiltration.

Du reste nous savons que, pour que l'infiltration d'urine se produise, il faut autre chose qu'une voie ouverte à la pénétration du liquide, il faut une force qui le pousse dans les mailles du tissu. Or, la vessie est ouverte chez nos prostatiques, elle ne peut se contracter sur son contenu qui, d'ailleurs, s'échapperait par les tubes dont nous avons parlé.

Telle est cette méthode d'exérèse prostatique. Comme nous l'avons dit au début de ce paragraphe, on l'a employée rarement jusqu'ici, et c'est à grand peine que nous avons pu découvrir dans les feuilles étrangères, malheureusement trop rares dans notre Faculté, trois ou quatre observations se rapportant à ce sujet.

Néanmoins, nous avons tout lieu de supposer que cette méthode, malgré la rareté de son emploi, mais grâce aux avantages qu'elle présente et que nous énumèrerons dans le chapitre suivant, deviendra dans les cas d'hypertrophie de la prostate ce qu'elle est aujourd'hui dans le traitement des tumeurs vésicales, la méthode de choix.

d.) *Cystotomie sus-pubienne.*

Nous ne pouvons terminer ce chapitre de l'intervention chirurgicale, sans dire quelques mots sur un moyen palliatif, chirurgical, employé dans ces cas, hélas ! trop nombreux, où l'intervention radicale, la prostatectomie est impossible. Nous voulons parler de la cystotomie sus-pubienne pure et simple, permettant un drainage facile de la cavité vésicale.

Préconisée tout d'abord par Thomas Smith, en Angleterre, qui s'est surtout attaché à en démontrer la supériorité sur la ponction rectale, cette opération a été appliquée par Sir Henry Thompson le premier au traitement de l'hypertrophie de la prostate. Bornant parfois son intervention à une simple ponc-

tion, faite avec un trocart ordinaire, immédiatement au-dessus du pubis, une fixation consécutive d'une canule à demeure, Thompson dans certains cas a pratiqué une véritable taille hypogastrique, qui, en assurant le drainage de la vessie, lui a permis de débarrasser les parois vésicales des couches fibrineuses qu'elles pouvaient contenir.

Nous rapporterons à ce propos une observation résumée de ce chirurgien, intéressante à un double point de vue : D'abord elle nous initie au manuel opératoire, puis elle nous montre les bons résultats qu'on peut en retirer.

Observation lue à la Société clinique de Londres. (Novembre 1887).

Par Sir Henry Thompson.

Traduite par mon excellent collègue et ami Dumur, interne des hôpitaux.

« Un homme de 64 ans vient me consulter le 21 avril 1885. Toute son urine s'écoulait par une sonde employée 16 fois dans les 24 heures. Comme il y avait des signes de pierre, vérifiés par le sondage, je conseillai la lithotritie.

» 24 avril : Sous l'éther je trouvai, sans m'en douter, un rétrécissement de l'urèthre, dont je triomphai, au moyen d'instruments métalliques coniques, du n° 8 au n° 13, pour donner passage aux lithotriteurs; manœuvre qui me permet d'enlever un calcul pesant 142 grammes en une séance. Le malade en ressentit aussitôt du mieux et n'employa la sonde que 8 fois par jour. Bientôt le malade revint, et je fis l'exploration de la vessie le 4 novembre.

» La prostate était si volumineuse que je pouvais à peine atteindre le col de la vessie avec mon doigt, assez cependant pour découvrir là une collection de calculs mobiles. Je les retirai de la vessie. En même temps, le rétrécissement de l'urèthre, qui avait rendu le cathétérisme quotidien difficile, fut sectionné avec le couteau. Après quelques jours de repos, le malade commença à rendre des graviers et à souffrir horriblement; je conseillai

l'incision sus-pubienne et l'introduction par cette ouverture d'une sonde à demeure, comme étant le seul moyen de le sauver. A la fin d'avril, il revint me voir, son existence étant intolérable.

» Le 27 avril, je pratiquai l'incision hypogastrique, trouvant la prostate excessivement développée, et l'intérieur de la vessie recouvert d'une couche fibrineuse adhérente. Je râclai cette couche avec quelque difficulté. Une sonde fut introduite par l'incision, permettant l'écoulement de toute urine. Il éprouve rapidement du mieux. Le cathétérisme devint inutile et la douleur cessa. Au bout de trois ou quatre semaines, lorsqu'il eut ainsi recouvré la santé et repris des forces, j'adaptai une plaque d'argent à la région sus-pubienne, munie d'une ouverture pouvant donner passage à une sonde molle du n° 20 (échelle anglaise). Un bout de la sonde était dans la vessie, l'autre dépassait d'un demi-pouce la surface de la plaque. Je fixai à cette dernière extrémité un urinal ordinaire. Cela réussit parfaitement et les seuls soins à prendre furent l'enlèvement et le nettoyage de la sonde une fois par jour, plus le lavage de la vessie, manœuvre que le malade apprit à exécuter lui-même.

» Il partit peu après, et m'écrivit au bout d'un an qu'il était capable de faire deux milles et de sortir pendant une heure. Son urine était claire, de bonne couleur et passait par la sonde durant la nuit.

» Enfin vers la fin d'octobre 1887, je l'ai trouvé aussi bien que possible, actif, plein de santé et n'éprouvant aucune souffrance ».

Tout récemment, sir H. Thompson a proposé une légère modification au manuel opératoire. Voici, d'après Harrison, en quoi elle consiste : « Le chirurgien fait une incision sur l'extrémité d'une sonde métallique introduite dans la vessie par l'urèthre et faisant saillie à la région hypogastrique, immédiatement au-dessus du pubis. L'incision faite, un tube de caoutchouc est fixé à la sonde, puis ramené dans la vessie où on le laisse à demeure. La présence d'un cathéter conducteur permet de pénétrer surement dans la vessie, dont l'entrée

offrirait, sans cet expédient, des difficultés presque insurmontables lorsque l'organe n'est pas assez distendu pour faire une saillie appréciable au-dessus du pubis. »

Tout récemment, M. Mac Guire de Richmond, pénétré sans doute des bienfaits de ce traitement, l'a mis plusieurs fois à exécution, et ce sont ses propres observations que ce chirurgien a citées au Congrès des médecins et chirurgiens tenu à Washington, 18, 19, 20 novembre 1888.

Un de nos quatre cas de cystotomie sus-pubienne, dit Mac Guire, était celui d'un médecin, âgé de 65 ans, qui avait une hypertrophie de la prostate. Il y a deux ans, il eut de la cystite, l'urine devint purulente, il fut obligé d'avoir journellement recours à la sonde et de prendre de la morphine pour diminuer ses douleurs. Quelques jours après son entrée à l'hôpital, je lui pratiquai la cystotomie sus-pubienne. Après l'ouverture de la vessie, je constatai, en examinant le fond de la vessie avec le doigt, que le lobe moyen de la prostate avait la forme et la grosseur d'un dé à coudre. Mon premier mouvement fut d'enlever le lobe moyen de la glande, mais l'état du malade ne le permettait pas ; je fermai alors partiellement la plaie abdominale, je laissai dans l'orifice une sonde en gomme recouverte de coton absorbant. Trois jours plus tard j'enlevai la sonde à cause de la douleur. Vingt-quatre heures après l'opération, il me dit qu'il était plus exempt de douleur et plus à son aise qu'il ne l'avait été depuis des années. Je pris alors la détermination d'établir une fistule permanente par laquelle pourrait passer l'urine. Le trajet fistuleux, long de 6 centimètres, était fermé à l'état passif par la pression des parties; mais quand la vessie était assez remplie pour provoquer le besoin d'uriner, elle se contractait et le liquide s'échappait par le passage le plus facilement perméable, c'est-à-dire le trajet fistuleux. Il n'y avait pas de raison pour que la fistule laissât sortir l'urine en l'absence d'un effort volontaire. Huit mois après, le malade m'écrivit : « Je peux garder l'urine trois heures pendant le jour et cinq heures pendant la nuit et, en urinant, je remarque que la dernière partie de

l'urine sort sous forme d'un faible jet, je peux garder ou faire sortir volontairement l'urine. Je vais très bien et je peux me livrer à mes travaux habituels. »

Un mois plus tard, je lui proposai de fermer la fistule, croyant que la prostate aurait diminué de volume. Il me répondit qu'il regardait la fistule comme indispensable pour la prolongation de sa vie. »

Dans un deuxième cas, le malade était âgé de 69 ans. Il souffrait depuis douze ans d'hypertrophie de la prostate, et depuis trois ans, il ne pouvait plus uriner sans l'aide de la sonde. L'année suivante, la sonde ne passait plus qu'avec de grandes difficultés ; j'essayai alors de faire diminuer la prostate par l'électrolyse, mais sans succès.

Quelques mois plus tard la difficulté de la sonde était devenue si grande, qu'il fallait souvent deux heures pour pénétrer dans la vessie. Les souffrances étaient terribles, et donnèrent souvent au malade l'idée de se suicider.

Je l'ai opéré, il y a trois mois, par la méthode sus-pubienne. Douze heures après l'opération, il me dit qu'il se trouvait mieux qu'il ne l'avait été depuis dix ans. Il quitta le lit le vingtième jour, ne souffrant plus du tout. Il se couche à 9 heures et est obligé de se lever seulement une fois pendant la nuit pour vider sa vessie, quelquefois il peut garder son urine pendant six heures. L'urine ne sort involontairement que lorsqu'il a été trop longtemps sans vider sa vessie. Une fois par semaine, le malade se sert d'une bougie en gomme pour tenir la fistule perméable. Dernièrement il eut des érections et quelques désirs sexuels. Mais pendant les dix années précédentes, ce besoin avait fait complètement défaut.

Résumé de 25 cas d'intervention chirurgicale dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate.

1er Cas. — Homme âgé de 65 ans, atteint de catarrhe vésical et d'une hypertrophie considérable de la prostate. Cathétérisme très douloureux.

Nature de l'opération. — Tout d'abord ponction sus-pubienne, sonde à demeure. Le résultat n'étant pas satisfaisant, Dittel fait la taille hypogastrique et sectionne avec une chaîne d'écraseur le lobe moyen de la prostate.

Le malade meurt sept jours après l'opération. A l'autopsie, on trouve une uréthrite, une pyélite, une néphrite chronique et dans les reins plusieurs abcès. (Dittel, *Semaine médicale*, 1885).

2me Cas. — Depuis sept mois un vieillard atteint d'hypertrophie de la prostate ne peut uriner que difficilement, même à l'aide d'une sonde. Le docteur Mac Gill pratique la taille hypogastrique. Ablation de six petits calculs, section avec des ciseaux courbes d'une partie de la prostate grosse comme une noix.

Le malade guérit facilement et urine sans sonde. (Mac Gill, Société de chirurgie de Londres, 11 novembre 1887).

3me Cas. — Vieillard présentant depuis deux ans les symptômes de l'hypertrophie de la prostate, symptômes aigus durant une quinzaine de jours, urine fétide, miction fréquente ; le malade est traité sans succès pendant trois semaines, par les méthodes ordinaires. Mac Gill ouvre la vessie par la voie sus-pubienne, et enlève le lobe médian de la prostate, qui était gros comme un haricot, guérison rapide.

Le malade quitte l'hôpital 27 jours après l'opération. (Mac Gill, Société de chirurgie de Londres, 11 novembre).

4me Cas. — Vieillard présentant depuis 6 ans tous les symptômes de l'hypertrophie de la prostate. Symptômes aigus pendant 3 ans. A son entrée à l'hôpital, vomissements fréquents, diarrhée constante, urine purulente. Mac Gill ouvre la vessie par l'hypogastre, excise la partie proéminante de la prostate. Le malade se rétablit rapidement et complètement. (Mac Gill, Société de chirurgie de Londres, 11 novembre 1887).

5me Cas.— Homme âgé de 84 ans. Prostate considérablement hypertrophiée. Vessie distendue. Cathétérisme impossible. Hématuries. R. Harrison fait la ponction aspiratrice à l'hypogastre, puis ponctionne de nouveau la vessie à travers le périnée et la prostate. Canule à demeure. Le malade est immédiatement soulagé. Les douleurs cessent. L'urine devient normale. Trois mois après l'opération, tous les signes fonctionnels de l'hypertrophie de la prostate ont disparu. Par le toucher rectal, on constate une diminution très notable de la glande. (Réginald Harrison, Encyclopédie internationale de chirurgie, 4 novembre 1881).

6me Cas.— Sujet âgé de 64 ans. Hypertrophie de la prostate. Calculs vésicaux mictions très pénibles, et ne pouvant s'exécuter que par le cathétérisme. Sir H. Thompson pratique d'abord la taille périnéale pour extraire les calculs. Plus tard la cystite persistant, Thompson fait une taille sus-pubienne, assurant le drainage parfait de la vessie. Les phénomènes douloureux disparaissent presque immédiatement. Le malade recouvre la santé et n'a pas besoin de se sonder. (Sir H. Thompson, Société clinique de Londres 11 novembre 1885).

7e Cas. — Homme de 65 ans. Hypertrophie de la prostate, cathétérisme très pénible, cystite purulente, douleurs atroces et continues. Le Dr Mac Guire de Richmond, pratique la cystotomie sus-pubienne, avec une fistule permanente. Soulagement immédiat; au bout de 8 mois, le malade annonce que les douleurs ont disparu et que les mictions sont beaucoup moins fré-

quentes; état général excellent. (Mac Guire, Congrès américain, 18, 19, 20 septembre 1888, tenu à Washington.

8e Cas. — Homme âgé de 69 ans. Hypertrophie de la prostate, cathétérisme très pénible et presque impossible, santé très altérée, tentatives infructueuses d'électrolyse. Mac Guire fait la cystotomie sus-pubienne, avec fistule permanente. 20 jours après l'opération, le malade quitte le lit, ne souffrant plus du tout. Il ne se lève qu'une fois par nuit pour uriner. Une fois par semaine, il se sert d'une bougie en gomme pour tenir la fistule perméable. (Mac Guire, Congrès américain, 18, 19, 20 septembre tenu à Washington).

9e Cas. — Vieillard atteint de calcul vésical et d'hypertrophie de la prostate. Bryant pratique une boutonnière périnéale et par cette ouverture il enlève le calcul et une partie de la prostate. Le malade était vivant et bien portant 7 ans après l'opération. (Bryant Société clinique de Londres, novembre 1885).

10e Cas. — Calcul vésical, hypertrophie de la prostate. Bryant pratique également une boutonnière périnéale. Le calcul est enlevé et avec lui la portion postérieure de la prostate hypertrophiée. 18 mois plus tard, le malade était en parfaite santé. (Bryant, Société clinique de Londres, novembre 1885).

11e Cas. — Homme âgé de 61 ans. Hypertrophie considérable du lobe moyen de la prostate. Corps étranger de la vessie. Le professeur Ashurst fait une boutonnière périnéale et enlève le corps étranger, il fait en même temps l'exérèse du lobe médian de la prostate par torsion du pédicule avec des pinces. Il se produit une hémorragie qui est arrêtée par le tamponnement. Au bout de quelques jours, la santé du malade est excellente. (Ashurst, *Philadelphie Médical-Times,* vol. XIII, 2 décembre 1882).

12e Cas. — Vieillard atteint de calcul vésical et d'hypertrophie de la prostate. Miction douloureuse et impossible sans cathétérisme. Le docteur Willett pratique l'incision périnéale et enlève avec des ciseaux courbes et les doigts une portion de la prostate sessile. Le malade fut grandement soulagé. Il pissait sans sonde et pouvait retenir son urine durant plusieurs heures. Assez longtemps après, le malade mourut d'une pyéloméphrite d'origine calculeuse. (Docteur Willett, hôpital Saint-Barthélémy. Cité par M. Bowlbey à la Société clinique de Londres, novembre 1885).

13e Cas. — Homme âgé de 70 ans. Hypertrophie de la prostate, rétention aiguë d'urine. Incision périnéale avec sonde à demeure, sans heureux résultat. Plus tard, cystotomie sus-pubienne. Extraction d'un calcul, trouvé par hasard. Exérèse de plusieurs parties de l'énorme prostate de quoi remplir la paume de la main. Les douleurs disparurent, mais trois semaines après l'opération, le malade meurt d'épuisement. La blessure périnéale n'avait pu se cicatriser (Holmes, hôpital Saint-Georges. Relaté par M. Benett à la Société clinique de Londres, novembre 1885).

14e Cas. — Hypertrophie de la prostate. Incision périnéale. Division de la prostate avec le bistouri boutonné. Une sonde à deux tubes, permettant un drainage facile est placée dans la plaie. Bon résultat. (Réginald Harrison, Congrès international des Sciences médicales, Copenhague, 1884).

15e Cas. — Homme de 66 ans. Hypertrophie de la prostate avec rétention d'urine. Incision périnéale. Division de la prostate. Rétablissement complet du pouvoir de la miction. La plaie périnéale se ferme un mois après l'opération. Le malade urine sans difficulté par l'urèthre. (R. Harrison, *British médical journal,* juin 1883).

16e Cas. — Hypertrophie de la prostate. Miction fort difficile. Le docteur Schmitt fait la cystotomie sus-pubienne et enlève au thermo-cautère le

lobe moyen de la prostate. Amélioration très notable. Néanmoins un cathétérisme régulier reste nécessaire. (Schmidt, *Centrall. journ. f. chirurgie,* 1887, n° 50).

17e Cas. — Homme âgé de 80 ans. Hypertrophie de la prostate. Rétention complète d'urine. Le docteur Surmay pratique la ponction sus-pubienne et met une sonde à demeure. Douze jours après l'opération, la sonde abdominale est supprimée. La cicatrisation est complète. Le cathétérisme est possible avec la sonde en caoutchouc. Six mois après l'opération le malade mourait de cystite purulente. (Dr Surmay, thèse de Dodeuil, Paris, 1866).

18e Cas. — Vieillard de 60 ans. Hypertrophie de la prostate. Souffrances très grandes. Le malade n'urine qu'avec la sonde. Thompson fait l'incision périnéale et laisse dans cette ouverture une sonde pendant onze jours. Le drainage de la vessie était parfait. Aussitôt après l'opération, on constate une amélioration très marquée. Le malade reprend une vie active et depuis lors la santé est restée bonne. (Sir H. Thompson, *Leçons sur les tumeurs de la vessie*, traduites par Jamin, 1885).

19e Cas. — Vieillard de 66 ans. Prostate très grosse et irrégulière, oblitérant les parties inférieures et latérales du méat interne. H. Thompson fait l'incision périnéale et met un drain, qui est remplacé le lendemain de l'opération par une sonde molle. La sonde périnéale est retirée onze jours après l'opération. Le malade parvient à garder son urine pendant trois heures. Cette dernière est très claire. La santé du prostatique est excellente. (Sir H. Thompsom, *Leçons sur les tumeurs de la vessie,* traduites par Jamin, 1885).

20e Cas. — Sujet de 56 ans, porteur d'une valvule prostatique. Demarquay excise cette valvule par la voie uréthrale et met une sonde à demeure. Dex mois après l'opération, le malade sort guéri de l'hôpital. Il peut se sonder

facilement matin et soir (Demarquay, 12 mai 1865, thèse de Dodeuil, Paris, 1866).

21e Cas. — Sujet de 63 ans, porteur également d'une valvule prostatique, et atteint en même temps d'une cystite catarrhale. Demarquay pratique l'excision de la prostate par la voie uréthrale et laisse une sonde à demeure. Le malade sort guéri deux mois après son opération. Il vide très bien sa vessie. (Demarquay, maison de santé, 27 juin 1865).

22e Cas. — Homme âgé de 75 ans, porteur d'une saillie prostatique à la partie inférieure du col de la vessie. Cathétérisme difficile, hématuries. Demarquay excise la saillie prostatique par la voie uréthrale. Une hémorragie assez considérable se produit. Le malade meurt d'urémie un mois après l'opération (Demarquay, Maison de santé, 24 novembre 1865. Thèse de Dodeuil, 1866).

23e Cas. — Homme âgé de 68 ans. Hypertrophie de la prostate. Rétention complète d'urine. Laugier incise la saillie prostatique par la voie uréthrale, et place une sonde à demeure. Il se déclare une hémorragie après l'opération. Le malade ne peut uriner sans sonde et meurt un mois après l'intervention. (Laugier, Hôtel-Dieu. Thèse de Dodeuil, 1866).

24e Cas. — Homme de 54 ans. Hypertrophie de la prostate. Laugier fait l'incision de la valvule prostatique par la voie uréthrale, et met une sonde à demeure. Il se produit un écoulement de sang persistant. La sonde est souvent obstruée par des caillots. Le malade meurt six jours après l'opération (Laugier, Hôtel-Dieu. Thèse Dodeuil, Paris, 1866).

25e Cas. — Homme de 53 ans. Hypertrophie de la prostate, surtout du lobe moyen. Rétention complète. Cathétérisme presque impossible.

F. Swinford Edwards pratique l'ablation du lobe moyen avec le prostatome de Gouley par la voie uréthrale. Léger écoulement sanguin. Deux semaines environ après l'opération, le malade déclarait uriner plus facilement qu'avant même d'avoir été malade (F. Swinford Edwards, Londres, *The Lancet,* 12 juillet 1885, page 57).

CHAPITRE IV

DES INDICATIONS ET DES CONTRE-INDICATIONS OPÉRATOIRES

Après avoir décrit les différentes formes de l'hypertrophie de la prostate, les symptômes et les complications de cette affection ; après avoir démontré la possibilité de faire le diagnostic à peu près exact de la lésion, et décrit enfin les divers moyens chirurgicaux pour la combattre, il nous restait à résoudre les questions suivantes : Doit-on intervenir chirurgicalement dans l'hypertrophie de la prostate ? Quand doit-on intervenir ? Comment doit-on intervenir ? Aussi allons-nous consacrer ce dernier chapitre à la solution de ce problème.

A. — Doit-on intervenir ?

D'abord devons-nous intervenir ? Si nous passons en revue les quelques observations d'hypertrophie de la prostate, contenues dans le tableau précédent et dans lesquelles on est intervenu chirurgicalement, nous constatons que les résultats heureux sont en majorité. En effet, sur 25 cas d'hypertrophie de la prostate cités dans ce tableau et traités les uns par la cystotomie, les autres par l'incision ou l'exérèse de la glande, 20 se sont terminés sinon par la guérison complète, du moins par une amélioration sensible.

Ajoutons à ce total trente-deux incisions de valvules prostatiques faites avec avantage, sauf trois, par Mercier et citées par lui dans ses divers ouvrages sur les affections de la prostate.

La constatation de pareils résultats constitue déjà un bon argument en faveur de l'intervention chirurgicale.

Ne voyons-nous pas d'ailleurs des chirurgiens éminents tels que Billroth, Volkman, Thompson, Guyon, Monod, non-seulement préconiser l'intervention chirurgicale, mais encore intervenir et le plus souvent avec succès dans des affections presque toujours plus graves que l'hypertrophie de la prostate, je veux parler des tumeurs de la vessie. Consultons plutôt la thèse du professeur Pousson, et nous voyons que sur 72 opérations de néoplasmes vésicaux, 47 ont eu une heureuse issue. Si cette proportion relativement faible a suffi pour justifier aux yeux de savants chirurgiens des manœuvres opératoires si fertiles en difficultés, pourquoi l'incision, l'exérèse ou la simple cystotomie, soit périnéale, soit hypogastrique, ne jouiraient-elles pas du même privilège?

Mais pourquoi chercher ailleurs des arguments, pourquoi réclamer l'indulgence pour une opération qui se trouve non-seulement justifiée, mais encore imposée dans certains accidents de l'hypertrophie de la prostate, accidents dont nous avons donné la description dans notre second chapitre : D'abord l'hématurie ; je ne veux point parler ici de ce pissement de sang accidentel, résultant d'une fausse route ou d'un cathétérisme maladroitement exécuté, qui se guérit en quelques heures par la simple expectation ou au besoin par l'application de la sonde à demeure. Je ne fais pas davantage allusion à cette hématurie de courte durée, résultant de l'exhalation *ex vacuo*, due à une évacuation trop rapide, dont triomphe facilement un cathétérisme intelligent ou une injection astringente. J'ai seulement en vue ces cas, heureusement rares, il est vrai, où l'hématurie se produit avec une abondance excessive, malgré un excellent cathétérisme et une hygiène scrupuleusement observée. Tous les moyens ont échoué et le prosta-

tique effrayé par la persistance de ce symptôme, qui ne fait qu'aggraver sa situation déjà fortement compromise par la durée de son affection, réclame à cor et à cri un remède.

En pareille circonstance, le chirurgien n'est-il pas en droit de faire bénéficier son malade d'une intervention chirurgicale, qui entre les mains d'autres opérateurs a donné dans de semblables cas d'excellents résultats ?

La preuve, en effet, du pouvoir hémostatique de l'ouverture de la vessie, surtout par l'hypogastre, n'est plus à faire aujourd'hui. Le professeur Guyon a montré dans maintes circonstances l'efficacité de ce procédé.

Ce que nous venons de dire de l'hématurie peut fort bien s'appliquer à une autre complication de l'hypertrophie de la prostate, la cystite.

Les prostatiques, en effet, sont plus que tous les autres urinaires exposés aux douleurs intolérables de la cystite aiguë et au retentissement terrible de cette affection sur les autres parties de l'appareil urinaire. Abandonnée à elle-même, la cystite aiguë des prostatiques, qui le plus souvent succède à la forme chronique, outre les douleurs indescriptibles dont elle est cause, détermine presque fatalement et à bref délai des lésions rénales, qui n'ont d'autre issue que la mort.

Sans doute dans bien des cas, les narcotiques, les injections ou mieux encore les instillations vésicales au nitrate d'argent, un cathétérisme régulier et parfaitement antiseptique ont triomphé de cette redoutable complication et ont enrayé sa marche; mais il est des circonstances où ces diverses interventions, loin de procurer un bénéfice, loin de diminuer la douleur ou de ramener les urines à leur état normal, n'ont fait qu'aggraver la situation et hâter le dénouement fatal.

Pour ne parler que du cathétérisme, même magistralement exécuté, que de fois n'a-t-il pas fait pénétrer dans la vessie des

colonies de microbes qui, trouvant un terrain favorable, ont évolué à loisir, augmenté les phénomènes inflammatoires et précipité ainsi les événements malheureux!

Il reste alors une ressource suprême, diminuer la congestion et la tension vésicales, donner à l'urine une évacuation facile et abondante. C'est là le but heureux qu'ont atteint des chirurgiens éminents tels que Mercier, Thompson, R. Harrison, Mac Gill, etc., etc., soit en ouvrant la vessie, soit en divisant ou reséquant la portion de prostate hypertrophiée.

Il n'est pas utile, croyons-nous, d'insister davantage pour démontrer dans de tels cas l'opportunité d'une semblable intervention chirurgicale.

Jusqu'à présent, nous avons supposé praticable et facile le cathétérisme de la vessie. Or, il n'en est pas toujours ainsi dans l'hypertrophie de la prostate.

Il existe en effet un certain nombre de prostatiques qui, malgré tous les artifices mis en usage, malgré l'emploi prolongé de la sonde à demeure, n'arrivent pas à pouvoir se sonder ou se sondent si difficilement, qu'ils sont à chaque instant menacés de ne pas y réussir ou de faire de fausses routes. Que ces difficultés tiennent à la saillie du lobe moyen, aux déviations brusques produites par l'hypertrophie des lobes latéraux ou à une attaque de cystite aiguë du col, qu'importe! La situation du patient est grave et il faut à tout prix l'améliorer.

La première pensée du chirurgien, en pareille circonstance, sera de pratiquer la ponction vésicale. Mais ce n'est là qu'un moyen d'attente, c'est, en somme, reculer pour mieux sauter.

Sans doute la première ponction produit un certain soulagement, mais bien éphémère, car l'obstacle à l'émission de l'urine n'en persiste pas moins et détermine au bout d'un temps très court la reproduction des premiers accidents. Or,

on ne peut impunément pour la santé du malade, recourir plusieurs fois dans les vingt-quatre heures à la ponction hypogastrique.

En dehors des phlegmons et des infiltrations urineuses auxquels un pareil procédé expose, il est impossible de soumettre les prostatiques à de semblables épreuves pendant plusieurs années.

Mieux vaut cent fois tenter une intervention telle, par exemple, que la prostatectomie qui, si elle réussit, supprime la cause de la rétention et assure au malade un soulagement de longue durée.

Mais une pareille opération est-elle toujours praticable? Cette intervention chirurgicale, dont nous venons d'essayer de démontrer les indications, doit-elle être tentée en toute circonstance? N'a-t-elle pas, en un mot, ses contre-indications?

Pour ne parler d'abord que de l'exérèse d'une portion de prostate hypertrophiée, disons qu'il est à peu près certain que quand l'hypertrophie est considérable et porte sur toute la masse glandulaire ou sur les lobes latéraux, l'intervention radicale, la résection prostatique, à cause de sa difficulté, ses dangers est contre-indiquée.

Il en est tout autrement, lorsque l'hypertrophie n'atteint que le lobe médian et se présente sous la forme d'un croupion de poulet, ou d'une tumeur bien pédiculée. Dans ces cas, la bénignité de l'ablation, les bons résultats obtenus en pareilles circonstances par Mercier, Mac Gill, Bottini donnent le droit au chirurgien de tenter la prostatectomie.

Mais est-ce à dire que, parce que l'hypertrophie en masse, ou des lobes latéraux se présentant sous l'aspect d'une tumeur sessile à base large et résistante, est une contre-indication à la prostatectomie, on ne doive pas intervenir par un autre moyen?

La prostatotomie, c'est-à-dire la simple incision de la glande hypertrophiée, ou encore la cystotomie ont dans des cas semblables donné de trop bons résultats à Harrison, Thompson, Guyon et Mac Gill pour ne pas justifier leur indication.

A côté de ces indications et contre-indications tirées des conditions anatomiques de la tumeur prostatique, se placent celles relatives à l'âge, à l'état des reins, à celui de la vessie. Nous n'avons pas, je crois, à insister beaucoup pour démontrer qu'un âge même fortement avancé ne saurait arrêter le chirurgien qui, après un examen aussi complet que possible, a jugé convenable et susceptible de produire une amélioration sinon une guérison, une opération chirurgicale quelle qu'elle soit.

S'il en était autrement, c'est-à-dire si un âge avancé entrait en ligne de compte parmi les contre-indications, toute intervention deviendrait impossible dans une pareille affection qui ne frappe que la vieillesse et souvent l'extrême vieillesse.

D'ailleurs ne voyons-nous pas des vieillards de 70 à 75 ans supporter fort bien des opérations beaucoup plus dangereuses que la cystotomie et la résection de la prostate.

Rappelons à l'appui de notre opinion les observations 13 et 26 du tableau dressé par M. le Dr Pousson dans sa thèse inaugurale. Dans la première il s'agit d'un homme, âgé de 70 ans, sur lequel on pratique la dilatation de l'urèthre et l'exérèse d'une tumeur de la vessie. Cinq ans après l'opération, c'est-à-dire à l'âge de 75 ans, le sujet se portait fort bien.

Le second cas est celui d'un homme également âgé de 70 ans, à qui l'on extirpe par la voie périnéale des tumeurs multiples, siègeant sur le trigone vésical. Huit mois après l'opération, la guérison se maintenait parfaite.

Mais sans aller chercher plus loin des exemples, parcourons les observations que nous avons dressées dans notre tableau et nous constatons que des chirurgiens tels que Harrison, Mac

Guire, Holnes, Demarquay n'ont pas craint d'intervenir chirurgicalement chez des vieillards âgés de 69, 70, 80, voire même 84 ans. Leur tentative, pour paraître audacieuse, n'en a pas été moins heureuse et, dans la majorité des cas, le succès est venu couronner leur entreprise.

Les lésions rénales, dont nous avons montré la fréquence chez les prostatiques, se présentent sous des aspects trop variés pour nous permettre d'établir une règle fixe, applicable à tous les cas.

En effet, tandis que toute intervention chirurgicale est contre-indiquée, lorsque les reins sont frappés de néphrite suppurée grave ou de sclérose avancée, ayant à jamais détruit leur fonctionnement, il est au contraire permis d'espérer obtenir de bons résultats grâce à un traitement chirurgical intelligent et énergique, quand les lésions sont moins avancées, que l'épithélium des tubes urinifères n'est pas atteint.

Telle est la manière de voir de MM. Bazy et Monod. Ces deux auteurs discutant en effet cette question d'indication et de contre-indication, au sujet des tumeurs de la vessie, distinguent les cas de pylo-néphrite ascendante, de néphrite suppurée, de sclérose rénale avancée, des cas où le retentissement rénal ne se traduit que par des symptômes peu accusés. Et tandis qu'ils recommandent l'abstention chez les malades porteurs des premières lésions, ils croient l'intervention chirurgicale parfaitement indiquée dans le second cas.

Combien de fois, d'ailleurs, avons-nous vu nos maîtres pratiquer l'uréthrotomie interne ou externe, ou d'autres opérations sur les voies urinaires, chez des sujets atteints de lésions rénales déjà confirmées et même avancées, mais qui se maintenaient à l'état chronique? Maintes fois ils ont obtenu des terminaisons favorables. Il paraît donc bien juste de faire

bénéficier d'une intervention souvent moins compliquée, les prostatiques dont l'état rénal est souvent moins compromis.

Quant aux lésions du réservoir vésical, lorsqu'elles sont superficielles, de date relativement récente, qu'elles se bornent à celles du catarrhe vésical, loin d'être une contre-indication aux tentatives opératoires, elles peuvent au contraire devenir dans bien des cas un élément de détermination.

Les meilleures preuves que nous puissions donner sont les observations dans lesquelles il est démontré qu'après le grattage, le curage de la vessie, ou encore la simple division de cet organe ou celle de la prostate, les urines ammoniacales, troubles et contenant du pus, sont devenues acides et limpides.

Les résultats seraient bien différents si l'on intervenait dans ces cas où les lésions de la vessie sont de vieille date, où la sclérose a envahi les fibres musculaires et détruit leur puissance d'expulsion.

Réussirait-on ici à lever l'obstacle à l'émission de l'urine en divisant ou réséquant la prostate hypertrophiée, on ne parviendrait jamais à rendre à la vessie cette puissance musculaire qui a disparu. Dans de telles conditions une tentative opératoire radicale ou palliative, tout aussi bien exécutée qu'elle soit, est non seulement inutile, mais absolument contre-indiquée.

B. — **A quel moment doit-on intervenir?**

Cela nous amène tout naturellement à parler du moment opportun pour intervenir. En effet, cette sclérose profonde, cette inertie de la vessie est une lésion presque caractéristique de la troisième période de l'hypertrophie de la prostate. C'est donc déjà un motif presque suffisant pour ne pas agir, le bis-

touri à la main, dans cette phase ultime de l'affection prostatique. Car cette inertie vésicale, qui se traduit symptomatiquement par une incontinence vraie, s'accompagne presque toujours de lésions profondes du côté des uretères et des reins. Ces organes atteints eux aussi par le processus scléreux suffisent à peine à leur fonction : que le moindre traumatisme opératoire survienne, et cet équilibre, bien instable il est vrai, se trouve à jamais détruit. Le malade qui a dû supporter toutes les péripéties d'une affection aussi longue et aussi dépressive, tourmenté par des symptômes digestifs redoutables, abattu par une fièvre intense, se trouve dans des conditions telles d'infériorité que loin de bénéficier d'une intervention chirurgicale, telle que la cystotomie ou la prostatectomie, il ne peut en retirer que des désavantages. Le chirurgien qui voudrait agir dans de telles conditions, courrait d'une façon presque certaine au-devant des accidents.

Mais admettons pour un instant que notre intervention soit anodine et que les redoutables complications dont nous donnons un léger aperçu ne se produisent pas ; à quoi pourraient servir une simple ouverture de la vessie, une incision ou une résection de la prostate, dans cette période où la vessie n'a plus même la force de se vider?

Moins dangereuse, il est vrai, mais tout aussi inopportune est l'intervention chirurgicale dans la première période de l'hypertrophie de la prostate. La description que nous avons donnée de cette phase de l'affection qui nous occupe, nous dispense d'entrer dans de longs détails pour démontrer l'inutilité d'une opération sanglante. Ici en effet, les phénomènes congestifs portant non-seulement sur la prostate, mais encore sur la vessie et les reins eux-mêmes, dominent la scène et l'hypertrophie de la glande n'intervient que pour une bien faible part. Aussi doit-on à cette première période s'en tenir à un traite-

ment purement hygiénique et médical et réserver le traitement vraiment chirurgical à la seconde période. A ce moment, en effet, les phénomènes dominants sont la rétention d'urine, l'hématurie et la cystite douloureuse. Leur cause réside presque uniquement dans l'obstacle mécanique que met la prostate hypertrophiée à l'émission de l'urine. Or, supprimer directement cette difficulté en divisant ou réséquant la glande ou la tourner, en créant une voie artificielle à travers le périnée ou l'hypogastre, à une époque où les parois vésicales réagissent encore énergiquement, où les lésions sont peu prononcées, où l'état général du sujet est assez bon, n'est-ce pas agir d'une façon convenable et en temps opportun ?

Les résultats qu'ont obtenus les chirurgiens en intervenant de la sorte et en pareille circonstance, sont pour nous des arguments assez puissants pour nous dispenser de chercher ailleurs des preuves plus évidentes.

Mais, pour aussi bonne que soit à cette période d'état cette intervention, ce n'est pas à dire pour cela quelle doive être tentée à l'exclusion de tous les autres traitements. Loin de nous est la pensée d'un pareil absolutisme.

Avant de faire courir aux prostatiques les risques d'une opération sanglante, nous tenterons toujours de faire bénéficier les malades des avantages d'un cathétérisme exécuté suivant les règles si sages que nous donne Guyon dans ses leçons cliniques sur « les prostatiques ». Ce ne sera que dans les cas où ce moyen sera impossible ou nuisible, cas déjà nettement précisés, que nous tenterons d'intervenir radicalement, espérant par cette décision, hardie peut-être, sinon guérir, du moins soulager.

C. — Comment doit-on intervenir ?

Mais pour arriver à un pareil résultat, à laquelle des trois méthodes, décrites précédemment, devrons-nous donner la préférence?

Nous serons bref au sujet de la méthode uréthrale. Sans doute ses partisans et Mercier en tête, célèbrent ses avantages; mais la valeur des observations qu'ils citent à l'appui de leur opinion est mise en doute par des savants de la valeur de Guyon et de Thompson. Ces derniers font en effet remarquer que les cas de guérison cités par Mercier, par exemple, se rapportent à des malades trop jeunes pour être de vrais prostatiques.

Sans nous arrêter plus longtemps à cet argument, nous ferons remarquer que cette méthode de Mercier expose à des hémorragies redoutables, témoin cet opéré de Mercier lui-même, cité par M. le professeur Guyon dans sa leçon clinique sur les prostatiques, qui eut, au moment de l'opération, une hémorragie des plus graves, accompagnée de rétention complète. De plus, le chirurgien, aussi prudent et ausi habile qu'il soit, limite difficilement l'action d'un instrument tranchant qu'il ne peut suivre des yeux, et souvent il dépasse ou n'atteint pas le but qu'il se propose.

Plus indulgent pour le procédé du professeur Enrico Bottini, qui lui a l'avantage d'éviter les hémorragies, nous dirons cependant qu'en dehors des cas trop restreints d'hypertrophie de la prostate auxquels son inventeur le réserve, il a, comme le procédé de Mercier, l'inconvénient d'agir à l'aveuglette et surtout de ne pas être toujours praticable.

Il arrive en effet bien des fois que le canal des prostatiques, atteint de lésions plus ou moins variées, s'oppose à l'introduction dans son intérieur de tout instrument.

Sans condamner radicalement la méthode uréthrale qui peut dans quelques circonstances, rares sans doute, rendre service, nous lui préférons de beaucoup les deux autres méthodes, méthode périnéale, méthode hypogastrique.

Mais quoique la boutonnière de Thompson et la taille sus-pubienne comptent également des succès, devons-nous les employer indifféremment? N'y a-t-il pas des avantages qui militent en faveur de l'une et des inconvénients qui amoindrissent la valeur de l'autre ?

Si nous en croyons Thompson, la boutonnière périnéale est absolument inoffensive et donne des résultats vraiment trop beaux pour chercher à intervenir par un autre moyen.

Tout en reconnaissant la valeur chirurgicale de sir Henry Thompson, nous nous croyons autorisé à ne pas accepter entièrement son opinion.

En effet, la boutonnière périnéale n'est pas aussi exempte de danger que son promoteur veut bien le dire ; car elle expose souvent à la blessure d'artères et de veines importantes, à des déchirures parfois considérables de l'urèthre prostatique, à la pyohémie, à la septicémie, dont la mort est souvent la conséquence. A ce propos, nous ne saurions mieux faire que de citer deux cas de mort survenus dans ces conditions. C'est sir Thompson lui-même qui nous les fait connaître dans une lettre adressée à *The Lancet*, du 2 novembre 1883, à propos du travail de MM. Witehead et Pollard. L'auteur nous apprend en outre que les deux malades n'avaient subi d'autre opération que l'incision périnéale et l'exploration digitale de la vessie.

Mais, outre ces graves complications qui ne surviennent point fatalement, la méthode de Thompson, réservée à l'exérèse de la prostate ou à la simple division de cette glande hypertrophiée n'est pas toujours praticable. Lorsque le périnée est tant

soit peu épais et la prostate modérément hypertrophiée, il est presque impossible d'aller sûrement à la recherche de la glande à travers ce conduit long et étroit de la boutonnière périnéale, même à l'aide des instruments les mieux construits.

C'est là un point indéniable, que sont venues démontrer de nombreuses expériences de boutonnières périnéales, faites sur le cadavre par M. le professeur agrégé Pousson et qu'il a bien voulu nous communiquer.

Opérer dans de semblables conditions, à travers une ouverture relativement trop petite, et rendue parfois fort épaisse et puissamment contractile par les phénomènes de cystalgie et les troubles de la miction, c'est entreprendre une opération fort difficile, c'est de plus agir à l'aveuglette, par conséquent s'exposer à intervenir à demi ou à dépasser malencontreusement le but qu'on se propose.

Whitehead et Pollard, quoique chauds partisans de la méthode de Thompson, prévoyaient bien cette objection, lorsqu'ils disaient que trois conditions s'opposaient à sa pratique dans l'extirpation des tumeurs vésicales. C'étaient : 1° l'embonpoint du malade qui augmente l'épaisseur du périnée ; 2° l'hypertrophie de la prostate qui élève le col de la vessie ; 3° l'étroitesse considérable de l'orifice du bassin qui empêche la main de déprimer le périnée.

Ce sont là, je crois, des raisons suffisantes pour décider les chirurgiens à chercher à obtenir par la taille hypogastrique, dans les cas d'hypertrophie de la prostate, des avantages que la boutonnière de Thompson ne saurait procurer.

Sans doute, à ses débuts, l'opération de Franco offrait de bien faibles ressources aux chirurgiens et nous comprenons presque que Sir H. Thompson ait pu adresser à cette méthode primitive le reproche d'être plus dangereuse que la simple

incision de la portion membraneuse de l'urèthre. Mais depuis le moment où Thompson tenait ce langage, le manuel opératoire a acquis, grâce au procédé de Petersen et au talent du professeur Guyon un tel perfectionnement que cette opération est appelée à devenir la méthode de choix dans le traitement chirurgical de la prostate hypertrophiée.

La blessure du cul-de-sac péritonéal et l'infiltration d'urine, si redoutable autrefois, ne sont plus à craindre aujourd'hui et c'est à peine si l'incision rapide des couches prévésicales, presque dépourvues de vaisseaux et la section brusque du réservoir vésical, donnent lieu à une petite perte de sang.

Comparons en outre à la boutonnière périnéale, permettant à peine l'introduction du doigt dans la vessie, cette division sus-pubienne de 10 à 12 centimètres, augmentée encore par la modification que nous avons proposée de lui faire subir, qui met pour ainsi dire le réservoir de l'urine à la disposition de l'opérateur, nous verrons alors l'infériorité de la méthode périnéale.

Par la cystotomie sus-pubienne, grâce aux écarteurs perfectionnés que nous possédons maintenant, le chirurgien peut non seulement se rendre un compte exact par la vue et le toucher de la forme, du mode d'implantation, de la consistance du lobe prostatique à sectionner, mais encore faire l'application sûre et précise des instruments, dont le maniement deviendra facile.

Enfin, les suites de l'opération loin d'être désavantageuses, fournissent au contraire un argument de plus en faveur de l'incision sus-pubienne.

Tandis que, comme le fait remarquer M. le professeur Guyon, la boutonnière périnéale rend « impossible la dérivation suffisante de l'urine et illusoire l'application des pansements antiseptiques », l'incision sus-pubienne constitue un canal régulier,

court et bien disposé pour la cicatrisation vers laquelle la conduira, avantage immense, l'application régulière et facile des règles antiseptiques.

Mais pourquoi ne pas rappeler à l'appui de notre opinion les résultats heureux que cette méthode appliquée tant à l'exérèse des tumeurs vésicales qu'à celle de la totalité ou de la portion d'un lobe prostatique, a donnés entre les mains de MM. Bazy, Monod, Guyon, Mac Gill.

La constatation de ces faits n'est-elle pas un argument de plus en faveur de la supériorité de la taille hypogastrique appliquée au traitement radical de l'hypertrophie de la prostate?

En tant que méthode palliative destinée simplement à calmer les douleurs atroces de la cystite et à éviter les accidents redoutables de l'hématurie, l'incision sus-pubienne conserve encore le premier rang.

Ajoutons en effet aux arguments que nous venons de faire valoir, et qui retrouvent encore ici leur importance, l'influence heureuse et parfaitement démontrée de la cystotomie hypogastrique sur ces fâcheuses complications de l'hypertrophie de la prostate souvent au-dessus de tout traitement radical.

Constatons de plus combien il est difficile sinon impossible d'empêcher avec la boutonnière périnéale l'urine de venir continuellement souiller le pansement et par conséquent d'obtenir une antiseptie si nécessaire en pareil cas. Rappelons en dernier lieu les échecs que cette incision périnéale a donnés entre les mains pourtant bien habiles de M. le professeur Guyon toutes les fois qu'il a tenté de l'appliquer au traitement des cystites douloureuses.

Fort d'aussi bons arguments, soutenu dans notre opinion par notre savant maître, M. le professeur agrégé Pousson, nous espérons ne pas être accusé de témérité ou d'exagération

en présentant l'incision hypogastrique comme une méthode de choix et en conseillant son emploi pour guérir ou soulager cette catégorie trop nombreuse de prostatiques qui ne peuvent plus retirer des avantages suffisants d'un cathétérisme bien fait ou d'une hygiène rigoureusement observée.

Vu : *Pour le Doyen,*
F. JOLYET.

Vu, bon a imprimer :
Bordeaux, le 1er décembre 1888.
Le Président de la thèse,
G. MORACHE.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 3 décembre 1888.
Le Recteur,
H. OUVRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Amussat. — Leçons sur les rétentions d'urine et sur les maladies de la prostate, Paris 1832.

Ashurst. — *Philadelphia medical Times,* 2 décembre 1882.

Bangs. — Société de chirurgie de New-York, 25 mars 1887.

Bazy (Pierre). — Annales des maladies des organes génito-urinaires, septembre et octobre 1883.

Belmas. — Traité de la cystotomie sus-pubienne, 1827.

Billroth. — Société império-royale de médecine de Vienne, février 1885.

Bouley. — De la taille hypogastrique. Th. Paris 1883.

Bottini. — Association médicale italienne. Session de Pavie 1887.

Caudmont. — Thèse de Paris 1847.

Chauvel. — Art. cystotomie, *Dict. encyclop. des sc. méd.*

Daussure. — Thèse de Paris 1858.

Dittel. — *Semaine médicale,* année 1885.

Dodeuil. — Thèse de Paris 1866.

Gergaud. — Traitement chirurgical des cystalgies, Paris 1882.

Gouley. — Société chirurgicale de New-York, avril 1885.

Gellie. — Thèse de Paris 1854.

Guyon. — Contribution clinique à l'étude de la taille hypogastrique, *in* annales des mal. gén. urin., janvier 1883.

Guyon. — Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate, Paris 1888.

Harrison (R). — Hygiène et traitement de l'hypertrophie de la prostate, *The Lancet,* vol. II, p. 463, 1875.

Harrison (R). — Maladies de la vessie et de la prostate, *in* encyclopédie internationale de chirurgie.

Harrison. — Congrès international des sc. méd., Copenhague 1884.

Harrison. — *British medical association Liverpool,* juillet-août 1883.

Jullien. — Art. *prostate*, *in* Dict. de méd. et chir. pratiques.

Launois. — De l'appareil urinaire des vieillards, th. Paris 1885.

Lefèvre. — Congrès de Reims, 1880.

Leroy d'Etiolles. — Considérations anat. et chirurg. sur la prostate, 1840.

Mac Gill. — Société clinique de Londres, 11 novembre 1887.

Mac Guire. — *Semaine médicale*, 17 octobre 1888.

Mercier. — Archives générales de médecine, t. V, 1839.

» Recherche sur une cause fréquente et peu connue de rétention d'urine.

Monod. — Société de chirurgie, 25 juillet 1883.

Pousson. — De l'intervention chirurgicale dans le traitement et le diagnostic des tumeurs de la vessie dans les deux sexes. Th. doctorat, Paris 1884.

Roux. — Société vaudoise de médecine, 5 mai 1888.

Schmidt. — *Central. f. chirur.*, n° 50, 1887.

Swinfort (Edward). — *The Lancet*, 11 juillet 1885.

Thompson (H). — *British med. journ.*, 9 décembre 1882.

» Traité des maladies des voies urinaires (2e édition).

» Leçons sur les tumeurs de la vessie. Trad. Jamin.

Teevan. — *The Lancet*, vol. II, 1875.

Velpeau. — Art. prostate *in* dict. en 30 vol. t. XXVI.

Verdier. — Thèse doct., Paris 1838.

Voillemier et Ledentu. — Maladies des voies urinaires.

Whitehead et Pollard. — *Lancet*, octobre, p. 13 et 20, 1883.

Zambianchi. — Thèse doct., Paris 1875.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

AVANT-PROPOS 11

CHAPITRE Ier. — Historique 15

CHAPITRE II. — A. *Anatomie pathologique* 23

a). Hypertrophie totale de la prostate 24

b). Hypertrophie des lobes latéraux 24

c). Hypertrophie du lobe moyen 25

d). Altérations secondaires dans l'hypertrophie de la prostate 28

B. — *Symptomatologie* 30

a). Première période ou période prémonitoire 30

b). Seconde période ou période d'état 31

c). Troisième période ou période d'incontinence 32

C. — *Diagnostic* 33

a). Toucher rectal 34

b). Cathétérisme explorateur 35

c). Exploration digitale de la vessie par les voies périnéale et hypogastrique 37

CHAPITRE III. — Méthodes chirurgicales employées dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate 39

A. — *Méthode uréthrale* 39

a). Procédé de Guthrie 40

b). Procédé de Leroy d'Etiolles 40

c). Procédé de Civiale 41

d). Procédé d'Auguste Mercier 42

e). Procédé d'Enrico Bottini. Aduction et incision de la prostate par le thermo-cautère 45

f). Cathétérisme forcé (Lafaye, Home, Liston, Cruveilher) 48

B. — *Méthode périnéale* 49
a). Exploration digitale de la vessie (Sir H. Thompson)..... 50
b). Manuel opératoire et instruments 51
c). Prostatectomie. Observation du professeur Ashurst..... 53
d). Prostatotomie. Manuel opératoire..... 55
e). Cystotomie périnéale..... 56
C. — *Méthode hypogastrique*..... 59
a). Manuel opératoire. Ouverture de la vessie. Modification apportée à l'incision sus-pubienne..... 60
b). Extraction de la portion prostatique hypertrophiée 61
c). Soins consécutifs..... 62
d). Cystotomie sus-pubienne..... 63
Tableau résumant 25 cas d'intervention chirurgicale dans l'hypertrophie de la prostate..... 68
Chapitre IV. — Indications et contre-indications..... 75
A. — *Doit-on intervenir ?*..... 75
B. — *A quel moment doit-on intervenir ?*..... 82
C. — *Comment doit-on intervenir ?*..... 85
Index Bibliographique..... 91

13,008. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.